

Здоровье

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ПРАВДА» МОСКВА

2 • 1976

XXV



**МОСКВА
БУДЕТ ОБРАЗЦОВЫМ
КОММУНИСТИЧЕСКИМ
ГОРОДОМ!**

В канун Нового, 1976 года хорошо знакомая москвичам и гостям столицы красная буква «М» зажглась еще над шестью станциями: «Кузнецкий мост», «Пушкинская», «Щукинская», «Тушинская», «Сходненская» и «Планерная». На фото: перрон станции «Пушкинская», напоминающий сверкающий огнями белораморный дворец. Стены украшены декоративными вставками из латуни со знакомыми и любимыми с детства стихами А. С. Пушкина.



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СССР И РСФСР

Основан 1 января 1955

Здоровье

№ 2 (254) 1976

Главный редактор М. Д. ПИРАДОВА

Редакционная коллегия:

Я. Г. БАРАНОВ,
О. В. БАРОЯН,
В. А. ГАЛКИН,
С. М. ГРОМБАХ,
Ю. Ф. ИСАКОВ,
Г. Н. КАССИЛЬ,
И. А. КРЯЧКО,
М. И. КУЗИН,
Т. Е. НОРКИНА
(отв. секретарь),
Д. С. ОРЛОВА,
М. А. ОСТРОВСКИЙ,
Л. С. ПЕРСИАНИНОВ,
А. А. ПОКРОВСКИЙ,
А. Г. САФОНОВ
(зам. главного редактора),
В. С. САВЕЛЬЕВ,
М. Я. СТУДЕНИКИН,
М. Е. СУХАРЕВА,
Н. В. ТРОЯН,
Т. В. ФЕДОРОВА
(зам. главного редактора),
А. П. ШИЦКОВА

Главный художник
Е. В. ТЕРЕХОВ

Технический редактор
З. В. ПОДКОЛЗИНА

В ЭТОМ НОМЕРЕ

- | | | |
|------------------|----|---|
| Б. В. Петровский | 2 | ПЯТИЛЕТКА ЗДОРОВЬЯ |
| | 4 | ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
В СОЮЗНЫХ РЕСПУБЛИКАХ |
| | 8 | ПАРТИЯ—НАРОДУ |
| И. С. Северина | 9 | САМЫЕ СОВЕРШЕННЫЕ УСКОРИТЕЛИ |
| Н. М. Рудный | 10 | В МИРНОМ НЕБЕ |
| О. П. Щепин | 12 | СССР—ВЕЛИКОБРИТАНИЯ.
НОВЫЙ ЭТАП СОТРУДНИЧЕСТВА |
| А. Черняховский | 14 | ИМ ПОКОРИЛАСЬ «ЦАРЬ-ЖИЛА» |
| | 16 | ПОЧТА ОДНОГО ДНЯ |
| В. Г. Кукес | 18 | ЛЕКАРСТВА И ЧЕЛОВЕК |
| Г. Ф. Маркова | 20 | РАЗГОВОР С БОЛЬНЫМ
ХРОНИЧЕСКИМ КОЛИТОМ |
| В. Н. Верцнер | 23 | ГЛАВНОЕ—ГИГИЕНИЧЕСКИЙ УХОД |
| З. А. Скобарева | 25 | СВЕТ В ВАШЕМ ДОМЕ |
| | 25 | ОТ ЛУЧИНЫ ДО ЛЮМИНЕСЦЕНТНОЙ
ЛАМПЫ |
| Л. С. Цепя | 26 | ОТВЕЧАЕТ СПЕЦИАЛИСТ |
| В. П. Празников | 27 | СОСКА ИЛИ ЛОЖКА? |
| В. Т. Пальчун | 28 | ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ
МИНДАЛИН |
| Т. В. Червакова | 29 | ОТВЕЧАЕТ СПЕЦИАЛИСТ |
| | 30 | «ЗДОРОВЬЕ» СОВЕТУЕТ |
| В. В. Лебедев | 31 | ТРАВМЫ ГОЛОВЫ |
| Р. И. Чанышева, | 32 | ПРОТЕРТЫЕ ВТОРЫЕ БЛЮДА |
| А. Н. Сычева | | |

Адрес редакции: 101454, ГСП-4, Москва, А-15,
Бумажный проезд, 14. Тел. 253-32-95; 251-44-34;
253-70-50; 253-34-67; 250-24-56; 251-94-49.

Перепечатка разрешается
со ссылкой на журнал «Здоровье».
Рукописи не возвращаются.

Сдано в набор 19/XII 1975 г. А 00959.
Подписано к печати 31/XII 1975 г. Формат 60×90^{1/8}.
Усл. печ. л. 4,59. Уч.-изд. л. 7,58. Тираж 11 700 000 экз.
(1-й завод: 1—10 900 000 экз.).
Изд. № 270. Заказ № 1616.

Ордена Ленина и ордена Октябрьской Революции
типография газеты «Правда» имени В. И. Ленина.
125865. Москва, А-47, ГСП, улица «Правды», 24.

© Издательство «Правда». «Здоровье». 1976.



НА ОБЛОЖКАХ

- I. Рисунок В. Сухомлинова
- II. Фото Вл. Кузьмина
- III. Рисунки А. Казанина

ПЯТИЛЕТКА



НАПРЯЖЕННО трудились в девятой пятилетке работники советского здравоохранения, осуществляя намеченные XXIV съездом КПСС меры по дальнейшему усовершенствованию и укреплению системы охраны здоровья советских людей.

Основным направлением деятельности органов здравоохранения было повышение каче-

ства специализированной медицинской помощи, более полное удовлетворение городского и сельского населения всеми ее видами. А это требовало прежде всего укрепления материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений.

Характеризуя итоги девятой пятилетки на декабрьском (1975 г.) Пленуме ЦК КПСС, товарищ Л. И. Брежнев сказал: «Если иметь в виду масштабы абсолютных приростов общественного производства, то девятая пятилетка является лучшей пятилеткой в истории нашей страны».

В результате роста экономической мощи СССР в годы девятой пятилетки общий объем капитальных вложений в здравоохранение превысил 7 миллиардов рублей — большие средства!

Немалая их часть была использована на строительство лечебно-профилактических учреждений. За годы девятой пятилетки введены в строй новые больницы на 332 тысячи коек. При этом последовательно проводился курс на укрупнение больниц, поскольку в крупном стационаре больше возможностей для квалифицированной диагностики и лечения на уровне современных достижений медицины. Только за четыре года пятилетки открылось 16 больниц на 600 и более коек каждая. В Алма-Ате построена больница на 938 коек, в Андижане — на 750, в Туле, Ростове-на-Дону — больницы по 1 080 коек, в Ленинграде и Калининске — по 1 000 коек. Среди строящихся крупных объектов здравоохранения — больница в Новосибирске на 1 700 коек, в Ташкенте — на 1 515 коек, в Москве — на 3 000 коек. Вместе с тем имело место недовыполнение плана строительства больниц в Грузинской, Азербайджанской, Молдавской и некоторых других республиках.

Особо надо подчеркнуть, что за 1971—1975 годы нарастили мощности многие областные и центральные районные больницы, и это в значительной мере способствовало повышению качества медицинской помощи сельскому населению. Непосредственно в сельской местности за первые три года пятилетки за счет централизованных капитальных вложений было введено в действие больничных учреждений на 23 870 коек, и еще на средства колхозов построено больниц на 13 440 коек. Однако в десятой пятилетке придется еще более серьезно решать задачу строительства сельских больниц, улучшения их оснащения.

Большое внимание руководители органов здравоохранения совместно с партийными и советскими органами

уделили развитию и укреплению центральных районных больниц. Теперь в ряде областей имеются лечебно-профилактические учреждения со специализированными отделениями и кабинетами по 7—10 и более клиническим профилям. Многие ЦРБ, такие, как Балашихинская Московской области, Самборская Львовской области, Свислочская Гродненской области, Цимлянская Ростовской области, Анненская Воронежской области, Алитуская Литовской ССР и другие, насчитывают 300 и более коек; в их стационарах и в поликлиниках оказывают помощь по 15—20 специальностям.

Укрепление материально-технической базы сельских лечебно-профилактических учреждений, оснащение их новейшей медицинской техникой, строительство по новым типовым проектам областных больниц на 1 080 коек, районных на 250—400 коек и сельских участковых больниц на 100—150 коек — все это большой шаг вперед по пути стирания граней между сельским и городским здравоохранением, ощутимый вклад в выполнение заданий XXIV съезда КПСС.

Забота о развитии здравоохранения в нашей стране — поистине забота всенародная. На нужды здравоохранения была направлена значительная часть средств, полученных в результате проведения Всесоюзных коммунистических субботников. Уже поднялись корпуса онкологического и кардиологического центров, института акушерства и гинекологии в Москве, детских больниц и родильных домов, кардиологических корпусов больницы во всех республиках нашей необъятной Родины. 112 миллионов рублей, заработанных трудящимися на коммунистическом субботнике в первом году девятой пятилетки, отданы на финансирование строительства 34 специализированных кардиологических и 31 терапевтического больничных корпусов. Всего за счет средств, полученных от субботников, введено в строй 18 400 коек.

Мы считаем одним из важнейших итогов девятой пятилетки тот факт, что обеспеченность населения стационарной помощью достигла 117,8 койки на 10 тысяч населения. Это один из самых высоких в мире показателей. Однако требуется многое сделать для улучшения качества строительства и оборудования лечебных учреждений, организации в них приема больных и решения других злободневных вопросов.

В проекте ЦК КПСС к XXV съезду партии «Основные направления развития народного хозяйства СССР на 1976—1980 годы» намечено: «Развивать и совершенствовать материальную базу здравоохранения на основе рационального сочетания строительства многопрофильных и специализированных лечебных учреждений. Довести в 1980 году общее количество больничных коек примерно до 3,3 миллиона. Расширить строительство амбулаторно-поликлинических учреждений в районах новостроек и в сельской местности».

Характерная примета наших дней — сокращение сроков внедрения в практику достижений науки. В девятой пятилетке советские медики получили возможность применять значительное количество новых аппаратов, приборов, инструментов и новых методов диагностики и лечения.

Созданы эффективные препараты для лечения ряда заболеваний, против которых не было ранее специфических средств. Вместе с тем требуется усилить снабжение

ЗДОРОВЬЯ

учреждений здравоохранения новыми антибиотиками, гормонами и другими лекарствами.

Самое массовое учреждение советской системы здравоохранения — поликлиника. Естественно, что развитие амбулаторно-поликлинической помощи населению во многом определяет уровень здравоохранения в стране. В годы девятой пятилетки введены в строй действующих новые поликлиники почти на 566 тысяч посещений в смену. Только новостройки 1975 года могут принять за одну смену более чем 110 тысяч человек.

Дальнейшее развитие получили специализированные виды медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях; расширилась сеть диспансеров, передвижных специализированных кабинетов.

Трудности и недостатки в этом деле состоят в слабом еще оснащении, несовершенной организации приемов больных. В десятой пятилетке нужно будет принять все меры для еще более широкого охвата населения специализированной помощью и повышения ее качества.

Значительно крепче стала в девятой пятилетке служба здоровья на промышленных предприятиях, на транспорте и стройках. Результат этого — неуклонное снижение заболеваемости рабочих и служащих.

Похвалы заслуживают многие медико-санитарные части, обеспечивающие высокое качество лечебно-профилактической помощи рабочим. Среди лучших — МСЧ Криворожского металлургического завода имени В. И. Ленина, Челябинского металлургического завода имени Ильича, Челябинского тракторного завода, Ждановского металлургического завода. Имеются и менее квалифицированные учреждения.

Организируются цеховые участки в территориальных лечебно-профилактических учреждениях для рабочих небольших промышленных предприятий, не имеющих своих медико-санитарных частей. Наиболее успешно решают эту задачу в Белорусской ССР, Украинской ССР, Латвийской ССР.

На дальнейшее улучшение охраны здоровья рабочих промышленных предприятий нацелены комплексные планы санитарно-технических и лечебно-профилактических мероприятий, которые совместно составляют и реализуют работники здравоохранения, администрация, профсоюзная организация предприятий.

В девятой пятилетке немало сделано для охраны здоровья женщин и детей.

За 1971—1974 годы в целом по стране сданы в эксплуатацию 69 родильных домов на 6663 койки, гинекологические отделения на 342 койки, 11 женских консультаций на 3280 посещений в смену.

Улучшились организация и качество профилактических осмотров женщин. Например, на Украине ежегодно их проходят более 15 миллионов женщин, в Белоруссии — 2,3 миллиона. При осмотрах все чаще применяются цитохимические, кольпоцитологические методы.

Интенсивно идет строительство детских крупных, многопрофильных больниц. Хорошо зарекомендовали себя организованные в последние годы республиканские центры, где детям оказывают высококвалифицированную специализированную помощь. Уже создано 37 центров детской хирургии, в ряде союзных республик действуют пульмонологические центры, центры восстановительного лечения детей с заболеваниями опорно-

двигательного аппарата, органов зрения, слуха, неврологическими нарушениями.

В последние годы в Литовской ССР, Украинской ССР, Молдавской ССР, Грузинской ССР и Казахской ССР по инициативе органов здравоохранения при содействии советских и партийных органов открылись специализированные дошкольные и школьные учреждения для детей с хроническими заболеваниями.

Значительных успехов в охране здоровья детей на селе добились в УССР, БССР, Молдавской ССР и Узбекской ССР. Крайне важной представляется задача резкого улучшения медицинского наблюдения за детьми в дошкольных учреждениях и профилактики детских инфекций, особенно респираторных.

Требуется дальнейшее расширение сети станций скорой помощи, снабжение их транспортом, оснащение современными видами связи и аппаратурой для неотложных вмешательств; необходимо также быстрое становление службы «Скорой» в сельских районах.

Ощутимы достижения в развитии таких видов специализированной помощи, как кардиология, анестезиология и реаниматология, офтальмология, многие разделы хирургии (сердечно-сосудистая, нейрохирургия, трансплантология, хирургия трахеи и бронхов).

В 1975 году начал функционировать крупнейший в Европе центр гипербарической оксигенации, оснащенный исключительно отечественной аппаратурой.

Успехи советской онкологической службы хотелось бы подчеркнуть особо. В стране работают 20 научно-исследовательских институтов онкологического профиля, 249 онкологических диспансеров, свыше 3 тысяч онкологических отделений и кабинетов. Об эффективности этой системы позволяют судить такие данные: более 400 тысяч больных, получивших комплексное лечение, живут свыше 10 лет, и еще более 400 тысяч живут свыше 5 лет. Успехи онкологии зиждутся на ранней диагностике злокачественных новообразований, на активном выявлении заболевших. И вместе с тем многое еще предстоит сделать для совершенствования диагностики и лечения, эффективного использования новейших методов.

В современных условиях научно-технической революции особое значение приобретают вопросы охраны окружающей среды. Предусмотренное в девятой пятилетке расширение сети санитарно-эпидемиологических станций осуществлялось в первую очередь за счет создания крупных базовых учреждений. За эти годы построено около 300 новых зданий санэпидстанций, более 1000 СЭС улучшили условия своего размещения.

Основные направления государственного санитарного надзора, четко изложенные в Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, получили свое дальнейшее развитие в новом Положении о государственном санитарном надзоре в СССР. Этот документ еще в большей мере подчеркивает роль и значение санитарно-эпидемиологической службы в деле охраны здоровья народа. На Министерство здравоохранения СССР возложены трудные задачи в осуществлении контроля за применением новых химических веществ в производстве продуктов питания, стимуляторов роста животных и пищевых сельскохозяйствен-

ных растений, химических средств защиты растений, полимерных и пластических масс и других химических материалов. Подлежат обязательному согласованию с органами санитарно-эпидемиологической службы проекты стандартов и технических условий на новые виды сырья, продуктов питания, промышленных изделий, тары и упаковочных материалов, строительных и синтетических материалов и изделий из них.

В нашей стране контроль за состоянием условий труда ведется на основании обязательных для всех министерств и ведомств санитарных норм и правил. Разработанные в настоящее время санитарные правила охватывают практически все отрасли промышленности и сельского хозяйства. На 500 веществ определены и утверждены предельно допустимые их концентрации в воздухе рабочей зоны.

Но не только органы здравоохранения, но и вся общественность страны должны помнить о важнейшей проблеме — охране внешней среды от загрязнения. Без этого немыслима профилактика болезней.

В РСФСР начиная с 1971 года мероприятия по охране окружающей среды включены в народнохозяйственный план как обязательная его часть. Несмотря на наращивание производственных мощностей, снижено загрязнение атмосферного воздуха в Москве, Ленинграде, Свердловске, Тольятти, Куйбышеве, Магнитогорске, Харькове, ряде других индустриальных центров, чего нельзя, например, сказать о Днепропетровске, Кемерово и некоторых других городах.

В 146 городах, где понижено содержание фтора в источниках водоснабжения и в почве, построены установки для фторирования питьевой воды, в 16 городах ведется их строительство, и в 6 городах закончено проектирование этих установок. Значение этой работы велико: по данным специалистов, за 6 лет фторирования водопроводной воды в Ивано-Франковске, к примеру, значительно снизилась пораженность населения кариесом зубов. В Мурманске у дошкольников, у которых формирование зубов совпало с введением фторирования, заболеваемость кариесом снизилась на 24 процента, а у детей среднего и старшего школьного возраста — на 22 процента. Это ни в коей мере не исключает задачи дальнейшего решительного улучшения стоматологической помощи, широкого проведения санации полости рта у школьников и других категорий населения.

Высокая общественная и социальная значимость советской медицины подчеркнута в выступлении Генерального секретаря ЦК КПСС Л. И. Брежнева на предвыборном собрании в июне 1974 года: «Научный поиск и непосредственная забота о благе человека в его повседневной жизни теснее всего переплетаются, пожалуй, в медицине, в здравоохранении».

В проекте ЦК КПСС к XXV съезду партии предлагается: «усилить исследования в области молекулярной биологии, физиолого-биохимических основ жизнедеятельности человеческого организма с целью ускорения решения важнейших медико-биологических проблем борьбы с сердечно-сосудистыми, онкологическими, вирусными и профессиональными заболеваниями, болезнями нервной системы. Продолжить исследования проблемой улучшения и оздоровления условий труда...» Также рекомендовано: «Разработать новые методы и средства борьбы с вредными выбросами веществ в атмосферу, производственными, транспортными и иными шумами, вибрациями, воздействиями электрических и магнитных полей и излучений».

Новый подъем творческой энергии вызвали у тружеников советского здравоохранения решения декабрьского (1975 г.) Пленума ЦК КПСС. В плане и бюджете первого года десятой пятилетки, пятилетки качества и эффективности, явственно видна главная цель КПСС — последовательное улучшение жизни трудящихся. Тесно сплоченный вокруг ленинской партии, советский народ с воодушевлением идет навстречу XXV съезду КПСС и готов отдать все свои силы, чтобы осуществить величественные планы строительства коммунизма в нашей стране.



УЗБЕКСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

ГРУЗИНСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Количество больничных коек в республике возросло за 4 года пятилетки с 43 065 до 46 515. Обеспеченность больничными койками составляет теперь 94,5 на 10 000 населения вместо 91,0 в начале пятилетки.

ЛИТОВСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

На развитие здравоохранения республики в девятой пятилетке было ассигновано около 700 миллионов рублей — почти на 210 миллионов больше, чем в восьмой пятилетке.

В клиники и больницы госпитализируется почти одинаковое число жителей города и села: 194,2 городского и 181,0 сельского жителя на 1 000 населения.

См. «Здоровье» № 12, 1975 год, и № 1, 1976 год.

На охрану здоровья каждого жителя республики государство затратило в 1975 году 34 рубля—на 5 рублей больше, чем в первый год пятилетки.

Количество больничных коек к 1975 году достигло 139493. Обеспеченность койками составила 101,9 на 10 000 населения.

Сейчас в Узбекистане 1176 аптек—на 169 больше, чем в 1970 году.

В девятой пятилетке медики республики получили 76 авторских свидетельств на изобретения.



В республике трудятся 33365 врачей и 101134 средних медицинских работника: рост соответственно на 36,6 и 28,8 процента по сравнению с 1970 годом. Теперь на каждые 10 000 жителей приходится 24,4 врача и 73,9 среднего персонала.

В девятой пятилетке в республике открыты Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, филиал Всесоюзного научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии, ряд лабораторий, вычислительный центр.



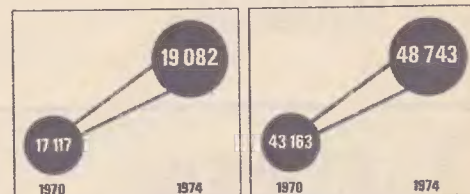
В республике 22 института медицинского профиля и 92 кафедры Тбилисского медицинского института и Государственного института усовершенствования врачей.

В Кутаиси создан межрайонный онкологический диспансер, обслуживающий 13 районов Западной Грузии. В Гали, Цулукидзе, Самтредиа и Телави организованы травматологические отделения; в Зестафони и Боржоми—урологические. В Тбилиси открылся республиканский дермато-венерологический диспансер.

212 предложений ученых передано в 1975 году в медицинскую практику. За годы пятилетки грузинские ученые получили более 40 авторских свидетельств.

Рост числа научных медицинских работников характеризуется такими цифрами: 2185 человек в начале девятой пятилетки и 2471—в 1974 году.

Возросла численность медицинских кадров: в 1970 году в республике было 17117 врачей, в 1974—19082; средних медицинских работников соответственно: 43163 и 48743. К началу 1975 года приходилось 38,8 врача и 99 средних медицинских работников на 10 000 населения.



В Вильнюсе организованы специализированные детские центры: психоневрологический, хирургический и для лечения страдающих заболеваниями центральной нервной системы. В 1975 году начала функционировать республиканская больница на 300 коек для реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, перенесших болезни почек, органов дыхания.



В 1970 году на 10 000 населения приходилось 27,4 врача и 78 человек среднего персонала, а в 1974 году—32,9 врача и 89 человек среднего персонала.

Обеспеченность больничными койками на 10 000 населения возросла со 102,2 в 1970 году до 107,8 в 1974 году. Построены 6 больничных комплексов (стационары с поликлиниками), 10 поликлиник на 5200 посещений в смену, детские санатории и больницы. В строй действующих вступили 13 новых аптек. Сейчас в республике одна аптека обслуживает 9600 жителей.

Для перенесших инфаркт миокарда открыты отделения реабилитации на курортах Друскининкай, Валькининкай и в Вейверайской сельской участковой больнице.

В октябре 1975 года химико-фармацевтическая промышленность республики рапортовала о выполнении плана производства. Объем промышленной продукции вырос на 43,6 процента.

КИРГИЗСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

К началу 1975 года количество больничных коек возросло до 36360, это на 4460 больше, чем было в 1970 году. Теперь на 10000 населения приходится 110,2 койки. В 1974 году 59,2 процента коечного фонда использовалось для госпитализации сельских жителей.

Открыты республиканские центры по всем видам специализированной помощи детям (хирургии, ревматологии, реанимации, пульмонологии, психиатрии и др.). Во всех детских поликлиниках созданы кабинеты по воспитанию здорового ребенка.

ТАДЖИКСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА



В системе Министерства здравоохранения республики функционируют 276 больничных, 373 амбулаторно-поликлинических учреждения. В больничных учреждениях развернуто 32340 коек.

Медицинскую помощь населению в республике оказывают 6628 врачей и 19062 средних медицинских работника.

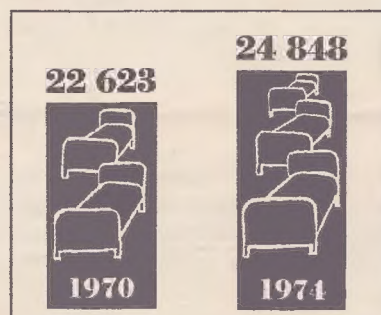
АРМЯНСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

К началу девятой пятилетки в республике функционировало 21875 больничных коек, а на 1 января 1975 года — 23960. На 10000 населения приходится 86 коек.

Проведено разукрупнение городских терапевтических и педиатрических участков, маломощные сельские участковые больницы реорганизованы во врачебные амбулатории.

В 1970 году в Армении работали 7324 врача, а в 1974 году — 9199. Обеспеченность населения врачами составляла соответственно: 28,8 врача и 33,0 на 10000 населения. Среднего медицинского персонала за эти годы стало больше на 4071 человека.

ТУРКМЕНСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА



Коечная мощность лечебно-профилактических учреждений возросла в республике с конца восьмой пятилетки на 2225 коек и достигла к началу 1975 года 24848 коек.

ЭСТОНСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

За годы девятой пятилетки в республике врачей стало больше на 599, а средних медицинских работников на 1301 человека. Ежегодно 12 процентов врачей занимают курсы усовершенствования.

За пятилетку выстроено 8 поликлиник примерно на 3,5 тысячи посещений в смену, из них две — в Таллине. Открыт республиканский кожно-венерологический диспансер в Таллине, выстроены хирургический корпус Тартуской клинической больницы, два общежития для медицинских работников в Таллине на 430 мест.

Значительно укрепилась материально-техническая база научных учреждений.

В девятой пятилетке построено новое здание для НИИ экспериментальной и клинической медицины Минздрава республики с клиникой профзаболеваний. Выстроен новый корпус республиканского НИИ эпидемиологии, микробиологии и гигиены в Таллине.

В республике работают 24 кардиоревматологических, 17 гастроэнтерологических, 10 травматологических, 2 гематологических, 2 пульмонологических, 2 аллергологических кабинета.

На 1 января 1975 года в республике трудились 7790 врачей. Обеспеченность врачами на 10000 населения составляет 23,6, а средними медицинскими кадрами—80,0. Число врачей, работающих в сельской местности, возросло на 14 процентов.



Для студентов Киргизского медицинского института и учащихся медицинских училищ построены общежития на 1860 мест. Построен учебный корпус Джалал-Абадского медицинского училища на 960 мест.

За последние четыре года 180 врачей, фельдшеров, акушеров, медицинских сестер, фармацевтов республики награждены орденами и медалями, 245—значком «Отличнику здравоохранения».

В Душанбе функционирует специализированное дошкольное учреждение для детей, страдающих косоглазием и амблиопией. В областных центрах и городах республики на базе детских садов общего типа есть группы для детей с патологией органа зрения. В летний период организуются санаторные отделения.

В столице республики—Душанбе организована больница скорой медицинской помощи.

При Республиканской клинической больнице № 3 открыта консультативная поликлиника на 800 посещений в смену, где сельские жители могут получить специализированную и консультативную медицинскую помощь по 22 специальностям.

За годы девятой пятилетки расширилась сеть передвижных амбулаторно-поликлинических, лабораторных учреждений, вспомогательных лечебно-диагностических кабинетов, обслуживающих населенные пункты в труднодоступной горной местности.

С каждым годом увеличивается объем специализированной медицинской помощи, которую оказывают отделения санитарной авиации, где работают около 600 врачей-специалистов.

При отделении санитарной авиации Республиканской клинической больницы № 3 совместно с Комитетом по физкультуре и спорту при Совете Министров Таджикской ССР создана группа врачей-специалистов для оказания помощи жителям горных районов.



В 1974 году из числа подлежащих периодическим осмотрам обследовано 87,5 процента рабочих заводов и фабрик, 97,5 процента рабочих совхозов, колхозов и отделений сельхозтехники, 92,7 процента работающих с ядохимикатами.

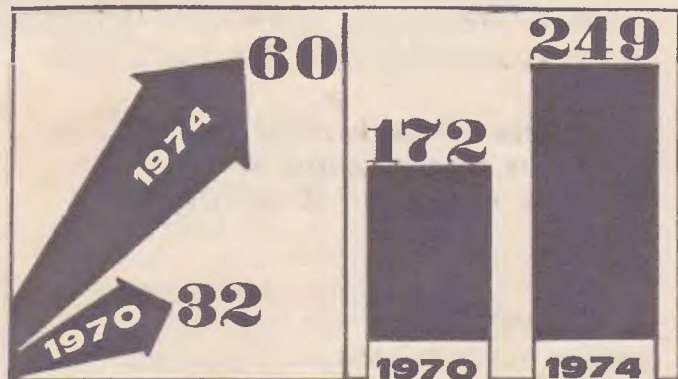
В Ереване создано единственное в СССР специальное отделение и научная лаборатория по изучению и лечению пока малоисследованной периодической болезни.

Восемь научно-исследовательских институтов функционируют в республике, в том числе институты кардиологии, физиотерапии и курортологии, общей гигиены и профессиональных заболеваний, которые вступили в строй в годы девятой пятилетки.

Организованы специализированные центры по травматологии и ортопедии, анестезиологии и реанимации, нейрохирургии, урологии, эндокринологии, ревмокардиологии, стоматологии, а также кабинеты по медицинской генетике, сексопатологии, сурдологии и аллергологии.

В Ашхабаде введена в строй больница скорой медицинской помощи со стационаром на 100 коек и реанимационным центром.

Открылись 5 новых санитарно-эпидемиологических станций, оснащенных современной аппаратурой и оборудованием.



Число докторов медицинских наук возросло за 4 года пятилетки с 32 до 60, кандидатов медицинских наук—с 172 до 249 человек.

На диспансерный учет берутся почти все вновь выявленные больные сахарным диабетом, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, ревматизмом, инфарктом миокарда, эрозиями шейки матки.

Группе ученых присуждена премия Советской Эстонии 1975 года за цикл исследований в области клинической и экспериментальной фармакологии нейролептиков и антидепрессантов. Всесоюзное признание получили методы операций при инфаркте головного мозга, разработанные сотрудниками кафедры нейрохирургии и неврологии медицинского факультета Тартуского государственного университета.

ПАРТИЯ — НАРОДУ

«НАША РОДИНА СТАЛА ЕЩЕ БОГАЧЕ, ЕЩЕ СИЛЬНЕЕ. СОВЕТСКИЕ ЛЮДИ СТАЛИ ЖИТЬ ЛУЧШЕ. А ЭТО — ВЫСШАЯ ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАРТИИ»

Из речи товарища Л. И. Брежнева
на декабрьском (1975 год)
Пленуме ЦК КПСС.

ДИРЕКТИВЫ И ИХ ВОПЛОЩЕНИЕ

«В соответствии с решениями XXIV съезда КПСС осуществлена широкая программа социальных мероприятий. Непосредственно на народное благосостояние направлено, включая средства на жилищное и социально-культурное строительство, примерно четыре пятых национального дохода. Расходы государства на новые мероприятия по повышению жизненного уровня народа в девятой пятилетке были в 1,7 раза больше, чем в предыдущей.

...Реальные доходы в расчете на душу населения увеличились на 24 процента.

...Выплаты и льготы населению за счет общественных фондов потребления увеличились за пятилетие в 1,4 раза.

...За счет увеличения пенсий, пособий и стипендий возросли доходы примерно у 40 миллионов человек».

Из проекта ЦК КПСС к XXV съезду
Коммунистической партии
Советского Союза
«Основные направления развития
народного хозяйства СССР
на 1976—1980 годы»

«Улучшить социальное страхование и пенсионное обеспечение трудящихся...»

Президиум Верховного Совета СССР 3 июня 1971 года издал Указы «О повышении минимального размера пенсии по старости для рабочих и служащих» и «О мерах по дальнейшему улучшению пенсионного обеспечения колхозников».

«Повысить размеры стипендий студентам вузов и учащимся средних специальных учебных заведений».

ЦК КПСС и Совет Министров СССР 18 октября 1971 года приняли постановление «О мерах по дальнейшему улучшению материальных и жилищно-бытовых условий студентов высших и учащихся средних специальных учебных заведений».

«...увеличить число оплачиваемых дней по уходу за больным ребенком; установить для всех работающих женщин оплату отпуска по беременности и родам в размере полного

заработка независимо от трудового стажа».

Совет Министров СССР 26 июля 1973 года принял постановление «Об улучшении обеспечения пособиями по беременности и родам и по уходу за больным ребенком».

«Увеличить размеры пенсий по инвалидности и по случаю потери кормильца».

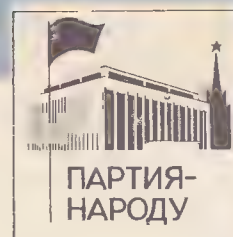
Президиум Верховного Совета СССР издал Указ от 21 ноября 1973 года «О дальнейшем повышении размеров пенсий инвалидам и семьям, потерявшим кормильца».

«...ввести пособия на детей семьям, в которых средний доход на члена семьи не превышает 50 рублей в месяц...»

ЦК КПСС и Совет Министров СССР 12 сентября 1974 года приняли постановление «О дальнейшем увеличении материальной помощи малообеспеченным семьям, имеющим детей».



ЖИЛИЩНОЕ СТРОИТЕЛЬСТВО



Число лиц, улучшивших жилищные условия (млн. человек)

1966 г.—1969 г.—**43,7**

1971 г.—1974 г.—**45,1**

Построено жилых домов общей (полезной) площади (млн. квадратных метров)

1966 г.—1969 г.—**412,5**

1971 г.—1974 г.—**434,9**

ДЕТСКИЕ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Численность детей в постоянных дошкольных учреждениях (тысяч человек, на конец года)

1970 г.—**9281**

1974 г.—**10978**



САНАТОРИИ И УЧРЕЖДЕНИЯ ОТДЫХА (без одно-двухдневных)

Лечилось и отдыхало (тысяч человек)

1970 г.—**16836**

1974 г.—**27464**



ФИЗКУЛЬТУРА И СПОРТ

Волейбольные, баскетбольные и теннисные площадки (в тысячах)

1970 г.—**368,8**

1974 г.—**400,6**

Стадионы (с количеством мест для зрителей 1,5 тысячи и более)

1970 г.—**2918**

1974 г.—**3176**





Этот снимок молекулы фермента лизоцима получен с помощью рентгеноструктурного анализа (увеличение в сотни тысяч раз). Коричневым цветом выделен закрепленный на ней субстрат—цепь аминокислот.

Полипептидная цепь лизоцима состоит из 129 аминокислотных остатков, но только два из них—глутаминовая и аспарагиновая аминокислоты—участвуют в реакции. Химические превращения субстрата осуществляют карбоксильные группы этих аминокислот, в состав которых входит по два атома кислорода (шарики красного цвета).

На рисунках художник В. Сухомлинов схематически представил процесс взаимодействия фермента и субстрата.

1. Раскрытая зеленая книжечка—лизоцим; темно-зеленый желоб посередине—контактная площадка фермента; красные шарики—каталитически активные группировки аминокислот; фиолетовым цветом обозначен субстрат.

2. Субстрат удобно и прочно закрепляется в желобе, так как контактная площадка по своему строению почти точно соответствует его конфигурации.

3. Стенки желоба как бы сдвигаются, каталитически активные группировки атакуют субстрат, в результате цепь аминокислот рвется.

4. Лизоцим легко сбрасывает цепь аминокислот, распавшуюся на две части. Теперь он готов принять новую молекулу субстрата.



самые совершенные ускорители

КАТАЛИЗАТОРЫ — вещества, в присутствии которых ускоряются химические реакции, — были известны в глубокой древности. Конечно, в те далекие времена никто их катализаторами не называл, но тем не менее они широко использовались в хлебопечении, сыроварении, виноделии, а также при обработке различных металлов, выделке кож.

О том, что катализаторы есть и в организме человека, стало известно сравнительно недавно — в XIX веке. Биологические ускорители химических реакций получили название ферментов.

Сегодня известно более полутора тысяч ферментов. С каждым годом исследователи открывают все новые и новые биологические катализаторы и все полнее раскрывают их роль в жизнедеятельности организма.

В каждой клетке, в различных органах и тканях круговорот веществ не прекращается ни на секунду: одни химические соединения распадаются, другие образуются, включаются в реакции, вновь распадаются... И нет ни одной реакции, которую не направляли бы и не регулировали биологические катализаторы — ферменты.

Переваривание и усвоение пищевых продуктов невозможно без их участия. Синтез белков, нуклеиновых кислот, липидов, гормонов и других органических соединений осуществляется при помощи ферментативных реакций. Дыхание, нервно-психическая деятельность, рост, двигательная активность и другие важнейшие функции организма связаны с работой соответствующих ферментных систем.

Благодаря ферментам в живых тканях возможны такие удивительные превращения, какие вне организма не удастся осуществить, даже используя последние достижения науки и техники. Ферменты обеспечивают самые сложные химические реакции при обычных температурах и давлении. Например, для расщепления одной молекулы перекиси водорода на кислород и воду в присутствии ионов железа потребовалось бы 300 лет, тогда как фермент каталаза осуществляет этот процесс в живой клетке за одну секунду.

В чем же секрет действия ферментов?

Прежде всего в избирательности их действия. Установлено, что каждый фермент взаимодействует лишь с одним, строго определенным веществом (субстратом) или с группой близкородственных веществ. В живой клетке локализовано множество различных ферментов. Здесь функционирует своеобразный конвейер, на котором каждый биологический катализатор выполняет только одну операцию. Благодаря этой особенности ферментов тысячи и тысячи химических реакций в организме протекают в строгой последовательности и с определенной скоростью.

Причины высокой избирательности действия биологических катализаторов долго оставались загадкой. Разработка и внедрение специальных методов исследования позволили установить, что уникальные свойства ферментов в значительной степени обусловлены строением их молекул.

Ферменты — это белковые вещества. Построены они из 20 различных аминокислот, общее количество которых в одной молекуле фермента может достигать десятков и сотен. Правда, к простым белкам, то есть состоящим исключительно из аминокислот, принадлежат немногие ферменты. К их числу относятся рибонуклеаза, амилаза, пепсин и некоторые другие. Большинство же ферментов — белки сложные. Помимо аминокислот, они содержат и небелковый компонент, называемый кофактором. Им могут быть группы сахаров, ионы различных металлов (меди, цинка, железа и т. д.), производные витаминов и другие органические соеди-

нения. Кофактор не бесполезный довесок: без него фермент не может проявить свои свойства и, следовательно, участвовать в реакциях.

Аминокислоты, соединяясь в определенной последовательности, составляют полипептидную цепь, которая образует в пространстве сложнейшую структуру молекулы фермента. Как показали исследования, между отдельными участками молекулы существует как бы разделение труда. Непосредственно в реакции занят активный центр, а периферийные участки выполняют роль каркаса, поддерживающего «здание» молекулы в пространстве. Активный центр включает в себя контактную площадку и каталитически активные группы аминокислот. Контактная площадка по своему строению почти точно соответствует конфигурации субстрата, с которым фермент взаимодействует; этим обеспечивается их надежная стыковка.

Как только субстрат закрепляется на контактной площадке фермента, начинают атаку каталитически активные группировки аминокислот. Интересно отметить, что атакующим группировкам не приходится тратить «заряды вхолостую»: субстрат располагается на площадке таким образом, что они наведены прямо в цель, и поэтому все химические превращения осуществляются с исключительной полнотой и скоростью.

Как видим, природа до мельчайших подробностей «продумала» строение биологических катализаторов. Однако для того, чтобы фермент полностью реализовал свои возможности, ему необходимы определенные условия. Биологические катализаторы весьма чувствительны к температурным воздействиям. Все ферментативные реакции протекают в организме человека при нормальной температуре (36,0—37,0 градуса по Цельсию). Повышение или понижение этой температуры изменяет активность ферментов, тем самым нарушая гармонию реакций в организме.

Каждый биологический катализатор активен только в своей среде. Например, пепсину — ферменту, входящему в состав желудочного сока, — нужна кислая среда. Если к

желудочному соку добавить щелочь, активность пепсина резко снизится. Фермент трипсин, напротив, действует лишь в слабощелочной среде кишечника, осуществляя расщепление и переработку пищевых масс, поступающих из желудка.

Быстро и неустанно работают биологические катализаторы в здоровом организме. Но неблагоприятные воздействия, различные заболевания способны нарушать структуру клеток и тканей, а вместе с тем и слаженную деятельность ферментов: их активность резко снижается или, напротив, возрастает, и тканевые ферменты начинают выходить в биологические жидкости — кровь, мочу, ликвор и т. д.

Свойство ферментов реагировать на малейшее неблагополучие в организме взято на вооружение медициной. Определение активности некоторых ферментов в крови — так называемые энзимные тесты — помогает в диагностике заболеваний печени, поджелудочной железы, инфаркта миокарда, эндокринных расстройств, в распознавании различного рода интоксикаций.

Ценность энзимных тестов в том, что они позволяют обнаружить болезнь на ранних стадиях, когда явные признаки еще не появились. Например, при остром гепатите активность трансаминаз повышается в дожелтушный период; по этому характерному признаку специалисты своевременно ставят диагноз и назначают соответствующее лечение.

Изменение активности трансаминаз гораздо раньше, чем электрокардиограмма, свидетельствует и о нарушениях деятельности сердечной мышцы.

Исследуя динамику активности биологических катализаторов, судят об эффективности того или иного метода лечения: при выздоровлении активность ферментов возвращается к нормальным величинам.

Ферменты помогают не только диагностировать заболевания, но и бороться со многими из них.

Широко используется в лечебной практике фермент лизоцим; растворяя стенки патогенных микроорганизмов, он убивает их и тем самым предохраняет организм человека от инфекционных заболеваний. Следует отметить, что лизоцим обладает не только антимикробным действием, но способен повышать защитные силы организма.

С терапевтическими целями применяют ферменты пищеварительных соков химотрипсин и трипсин, обладающие противовоспалительным действием. В борьбе с тромбами врачи используют плазмин, способный растворять сгустки крови.

Учение о ферментах сыграло большую роль в развитии биохимической генетики. Доказано, что в основе некоторых наследственных заболеваний лежат генетически обусловленные дефекты в структуре ферментов. Например, если в организме новорожденного отсутствует или не проявляет свою активность фермент, превращающий аминокислоту фенилаланин в тирозин, развивается тяжелое наследственное заболевание, связанное с умственным недоразвитием, — фенилкетонурия.

Долгое время эта болезнь считалась неизлечимой и приводила к гибели детей. И лишь после того, как была выявлена роль ферментов в механизме развития этого заболевания, наместились пути его лечения. Резко уменьшая в рационе больного ребенка продукты, содержащие аминокислоту фенилаланин, удается облегчить его состояние, остановить развитие болезни.

Новейшие данные о ферментах лежат и в основе биохимической фармакологии. Исследования, проведенные в последние годы, показали, что действие лекарственных препаратов обусловлено их влиянием на активность ферментативных процессов.

Учение о ферментах переживает сейчас пору расцвета, и есть все основания надеяться, что дальнейшие успехи в выяснении биологических функций ферментов будут способствовать решению многих задач, стоящих перед клинической и теоретической медициной.

23 ФЕВРАЛЯ—
ДЕНЬ СОВЕТСКОЙ АРМИИ
И ВОЕННО-МОРСКОГО ФЛОТА

Н. М. РУДНЫЙ,
профессор,
генерал-майор медицинской службы

В МИРНОМ
НЕБЕ



СОВЕТСКИЕ воины, личный состав Военно-Воздушных Сил встречаются 23 февраля с отличным настроением. Великостремление летчиков, штурманов, авиационных инженеров и техников ознаменовать XXV съезд КПСС новыми успехами в боевой и политической подготовке, совершенствованием воинского мастерства. Они постоянно помнят указание партии: все, что создано народом, должно быть надежно защищено.

Высокая боевая готовность Военно-Воздушных Сил (ВВС) во многом зависит от медицинского обеспечения полетов, учитывающего специфические особенности летного труда.

Еще при полетах на воздушных шарах, а затем и на первых самолетах было отмечено, что высота, перепады давления, ускорения, низкие температуры, шум, вибрация и нервно-психические нагрузки могут отрицательно сказаться на работоспособности и даже на здоровье авиаторов. Возникла необходимость в разработке мер защиты летного состава от неблагоприятных факторов полета. Поэтому развитие авиации повлекло за собой создание специальной от-

расли медицинской науки — авиационной медицины.

Вместе со становлением советской авиации развивалась и отечественная авиационная медицина. Уже в конце 1917 года в революционном Петрограде при Ученом совете Военно-медицинской академии начала работать комиссия по изучению труда красных летчиков. На фронтах гражданской войны в авиационных отрядах была введена должность врача.

Шли годы. Благодаря исследованиям, проведенным авиационными физиологами, гигиенистами, психологами, клиницистами в Институте авиационной медицины имени И. П. Павлова и Военно-медицинской академии, а также работам практических авиационных врачей медицинская служба ВВС еще до начала Великой Отечественной войны накопила обширный опыт и на его основе организовала обеспечение боевой летной работы.

...Гитлеровские главари, сосредоточив вблизи наших границ около 5 тысяч самолетов, рассчитывали внезапным мощным ударом уничтожить главные силы советской авиации. Известному превосходству вражеской авиации на

первом этапе войны советские летчики противопоставили высокое боевое мастерство, беззаветную отвагу и массовый героизм. Они не жалели ни сил, ни жизни для победы над врагом, нередко шли на таран. А воздушный таран — это не только молниеносный расчет, исключительная храбрость и самообладание, это одна из наивысших форм величия духа, присущая советскому человеку. Не случайно же за всю войну ни один фашистский ас не отважился на таран...

В условиях боевой обстановки авиационные медики вели огромную по масштабу и напряженности работу. Нельзя не вспомнить добрым словом героический и самоотверженный труд санитаров, санинструкторов, фельдшеров, врачей. Они оказывали помощь раненым воинам в сложнейших полевых условиях, организовывали поиск членов экипажей, совершивших вынужденную посадку или прыгнувших с парашютом. В войсковых лазаретах и авиационных госпиталях дни и ночи шла борьба за жизнь раненых и больных, успешно использовались новейшие достижения медицинской науки, что позволило вернуть в строй многих опытных летчиков, несмотря на тяжелые ранения и травмы.

Прогресс авиационной техники в мирное послевоенное время обусловил резкое повышение летных качеств самолетов. Ныне самолет — сложнейшее техническое сооружение, управление которым требует высокой выучки и подготовленности всех членов экипажа. Советские летчики успешно осваивают новое поколение реактивных самолетов, обладающих исключительно высокими тактико-техническими данными.

Летный труд по своему характеру все больше смещается из сферы физических усилий в сферу интенсивной интеллектуальной деятельности, протекающей в высоком темпе при жестком лимите времени.

В кабине современного самолета имеется несколько сот приборов, кнопок и рычагов. В полете за короткие промежутки времени летчик должен воспринимать, сопоставлять и анализировать показания этих приборов, одновременно оценивая быстро меняющуюся обстановку и реагируя на ее изменения точными, координированными движениями. Подсчитано:

Фото В. КУНЯЕВА.



на каждый час полета со сверхзвуковой скоростью приходится в 6—8 раз больше отдельных операций, чем на час полета с дозвуковой скоростью. Даже непосвященному ясно, что летчику необходимо обладать недюжинной выдержкой, мгновенной реакцией, умением правильно распределять внимание в сложнейших ситуациях полета.

Поэтому авиационные врачи внимательно следят за влиянием условий и факторов полета на организм летчика, изучают психофизиологические особенности пилотирования различных типов самолетов. Медики, в частности, участвуют в разработке норм летной нагрузки и регламентируют ее в зависимости от психологических особенностей, состояния здоровья и выносливости каждого летчика.

Один из основных путей изучения и оценки состояния здоровья авиаторов—проведение врачебно-летной экспертизы. Она начинается с тщательного медицинского и психологического отбора поступающих в летные училища. Для оценки особенностей мышления, памяти, внимания, скорости двигательных реакций абитуриентов разработаны особые тесты. Затем на протяжении всей летной службы авиаторы проходят периодические врачебные осмотры, а перед каждым вылетом—непременно предполетный медицинский контроль.

Медики стремятся своевременно выявлять возможные функциональные отклонения или заболевания, предупреждать или сводить до минимума влияние на организм летчика неблагоприятных факторов полета.

Специалисты в области питания разрабатывают рационы для авиаторов, выполняющих различные виды полетов, контролируют соответствие рациона характеру и времени полетов. Так, скажем, перед полетом в стратосферу не допускается употребление продуктов, богатых клетчаткой и другими газообразующими веществами. Летчикам, которым предстоит выполнять пилотаж, рекомендовано принимать пищу не позже чем за 1,5—2 часа до вылета. Для длительных полетов разработаны специальные пайки и способы приема пищи в полете без снятия кислородной маски.

Авиационных врачей заботит также эффективность защитного и спасательного снаряжения. Они участвуют в разработке образцов

высотных костюмов и скафандров, противоперегрузочных устройств.

Как точно учесть индивидуальную переносимость высотных, ночных, длительных и других видов полетов? Для этого во время межполетных и послеполетных осмотров регистрируются изменения показателей функционального состояния организма; на основе полученных данных проводятся необходимые лечебные и профилактические мероприятия.

Широкий круг деятельности наших медиков. Немало ценных научных исследований получили выход в практику. На творческом счету авиационных врачей физиолого-гигиенические обоснования герметических кабин, кислородных приборов типа «легочный автомат», а также комплектов оборудования с подачей кислорода под повышенным давлением. Все это создало благоприятные условия кислородного обеспечения летных экипажей при полетах любой продолжительности и высоты.

Медики постоянно находятся рядом с авиаторами. Они проводят высотные испытания летчиков в барокамерах, тренировку дыхания и речи в условиях избыточного давления кислорода, участвуют в проведении тренировок на катапультных и пилотажных тренажерах. Подобные испытания и тренировки одновременно являются специфическими функциональными пробами для определения индивидуальной устойчивости летчиков к различным неблагоприятным факторам, с которыми можно встретиться в полете.

Для объективного контроля за состоянием здоровья и условиями деятельности летчика во время выполнения полета при необходимости используются данные бортовых самолетных самописцев. Разрабатывается и аппаратура, позволяющая с земли следить за изменениями физиологических показателей человека, находящегося в воздухе.

На страже здоровья советских военных летчиков трудится коллектив высокообразованных, опытных авиационных врачей. Они преисполнены решимости и впредь вносить свой вклад в укрепление боевой мощи Советских Вооруженных Сил.

О. П. ЩЕПИН,

доктор медицинских наук,
начальник Управления
внешних сношений
Министерства
здравоохранения СССР

**«Наша страна готова
участвовать совместно
с другими заинтересованными
государствами в решении таких
проблем, как сохранение
природной среды,..
предупреждение и ликвидация
наиболее опасных
и распространенных
заболеваний...»**

Из Программы мира,
принятой XXIV съездом КПСС.

ПРЕТВОРЕНИЕ в жизнь Программы мира, принятой XXIV съездом КПСС, оказывает все возрастающее влияние на развитие международных связей, в том числе в области медицинской науки и здравоохранения.

Наша страна постоянно сотрудничает с братскими странами социализма, с развивающимися государствами Азии, Африки и Латинской Америки. В последние годы подписаны межправительственные соглашения в области здравоохранения с Францией, Италией, США, Великобританией.

Советско-английские медицинские связи долгое время осуществлялись на основе соглашений в области науки, образования и культуры. В феврале 1975 года в Москве было подписано межправительственное соглашение о сотрудничестве в области медицинской науки и здравоохранения. Системы здравоохранения Англии и СССР, несмотря на существенные различия, имеют и немало общих задач, в частности, касающихся обеспечения населения общедоступной и квалифицированной медицинской помощью. Можно надеяться,

СССР-ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

НОВЫЙ ЭТАП СОТРУДНИЧЕСТВА

что деловое сотрудничество на основе подписанного межправительственного соглашения будет плодотворным.

В Великобритании государственная служба здравоохранения создана в 1948 году; тогда же стала бесплатной медицинская помощь населению. Финансирование здравоохранения осуществляется в основном за счет государственного и местных бюджетов, а с 1957 года частично за счет специальных взносов населения. Из общей суммы расходов на здравоохранение 85,5 процента покрывает государство, 9,5 процента составляют взносы населения и 5 процентов — поступления от больных, пользующихся платной медицинской помощью: в ряде лечебных учреждений Англии сохраняются платные палаты.

Внебольничную помощь населению оказывают главным образом врачи общей практики (домашние врачи). Во всех больницах имеются амбулаторные отделения, в которых консультируют специалисты.

Отделы здравоохранения муниципалитетов выполняют большой объем профилактических мероприятий, таких, как вакцинация населения, санитарно-просветительная работа, фторирование воды. Они несут ответственность также за оказание скорой медицинской помощи. Все это свидетельствует о том, что перед здравоохранением СССР и Великобритании стоят сходные задачи, и осуществление сотрудничества на основе подписанного соглашения позволит приблизить их решение. Функции планирования и координации работы по сотрудничеству возложены на специально созданную советско-английскую комиссию.

В сентябре 1975 года в Лондоне состоялась первая сессия этой комиссии под председательством министра здравоохранения СССР академика Б. В. Петровского и министра здравоохранения и социального обеспечения Вели-

кобритании г-жи Барбары Касл. В работе сессии приняли участие ведущие советские и английские ученые, ответственные сотрудники министерств. Состоялся обмен мнениями о направлениях и характере двусторонних медицинских связей, подписаны протокол и план сотрудничества на 1975—1976 годы.

Усилия медиков обоих государств будут направлены на развитие взаимных контактов по трем важным направлениям: лечение и предупреждение заболеваний глаз; вирусные инфекции, в частности грипп; организация скорой медицинской помощи.

На сессии достигнута договоренность о том, что совместная деятельность в области офтальмологии будет сосредоточена на разработке методов борьбы с глаукомой, катарактой, сосудистыми заболеваниями глаз.

Включение в план сотрудничества актуальных проблем офтальмологии отражает глубокие социальные сдвиги и особенности развития здравоохранения стран-партнеров. В немалой степени это объясняется увеличением средней продолжительности жизни людей, все возрастающей социальной ролью людей среднего и пожилого возраста. Различные нарушения зрения, несомненно, одна из главных причин, мешающих человеку активно работать, жить полноценно. Не секрет также, что «информационный взрыв» последних десятилетий ложится тяжелым бременем на зрительную трудоспособность.

Как СССР, так и Великобритания имеют развитую сеть офтальмологических учреждений. Глазная хирургия обеих стран в последние годы прошла важнейший этап: освоены методы микрохирургии, созданы качественно новые возможности для лечения ряда заболеваний. Это дает основание полагать, что обмен опытом и совместная работа ученых СССР и Великобритании в области лечения и предупреждения

глазных болезней приобретут большое научное и практическое значение.

В качестве второго направления сотрудничества, как уже говорилось, избраны вирусные инфекции человека, и прежде всего грипп.

Ученые обеих стран работают над созданием эффективной вакцины против гриппа и надежных средств его профилактики с помощью химиопрепаратов и интерферона.

В Советском Союзе научный поиск ведут несколько крупных учреждений, и в частности Всесоюзный научно-исследовательский институт гриппа в Ленинграде. В Великобритании исследования сосредоточены в системе лабораторной службы общественного здравоохранения. Можно надеяться, что сотрудничество советских и английских специалистов позволит добиться ощутимого прогресса в борьбе с гриппом.

Совершенствование служб скорой медицинской помощи и оказание квалифицированного лечения при травмах и других несчастных случаях — третье направление сотрудничества стран-партнеров.

Комиссия рассмотрела и другие направления сотрудничества, его формы и перспективы. Достигнута договоренность об обмене научной информацией, взаимном участии в съездах и конференциях. Вся информация, полученная в процессе совместных работ, будет передаваться через посредство Всемирной организации здравоохранения всем заинтересованным странам, послужит делу мира и благополучия всех людей Земли. Это еще одно свидетельство в пользу того факта, что сотрудничество в области медицины между советскими и английскими учеными и учреждениями полностью отвечает коренным интересам не только СССР и Великобритании, но и всех государств мира.



Им покорилась "царь-жила"

Группе советских ученых:
академику АМН СССР
В. С. Савельеву,
члену-корреспонденту АМН СССР
Н. И. Краковскому,
докторам медицинских наук
А. В. Покровскому, М. Д. Князеву и
академику АМН СССР
А. Н. Филатову—присуждена
Государственная премия
СССР 1975 года
за разработку и внедрение
в клиническую практику
восстановительных и пластических
операций на аорте и ее ветвях.

НАИБОЛЕЕ ясно и образно, на мой взгляд, сказано об аорте не в медицинских справочниках, а в Толковом словаре Вл. Даля: царь-жила, начальная, первая и самая толстая боевая жила в теле... Действительно, аорта—главнейшая магистраль, подлинная Волга среди других—больших и малых—кровеносных рек. Кровоснабжение всех важнейших систем, органов, частей тела зависит от аорты. А в ее «заторах» и «паводках»—исток многих грозных недугов.

«Художник Левитан, по-видимому, скоро умрет. У него расширение аорты»,—горестно сознавая бессилие медицины, писал некогда А. П. Чехов. Сегодня, с высоты новых знаний о болезнях аорты, мы можем лучше понять мрачный прогноз врача Чехова: ни тогда, ни спустя десятилетия не было возможности рано их распознавать и вовремя поспевать к больному со спасительной помощью. Впрочем, и в наши дни заболевания сосудов, и прежде всего аорты, остаются одними из самых опасных.

...Вот застонала от разом полоснувшей жгучей боли женщина лет сорока, сидящая у окна троллейбуса. Всего несколько минут назад она как ни в чем не бывало вскочила в вагон, а сейчас ее приходится выносить на руках—такой чужой, ватной стала нога. Потом, в

стационаре, куда домчит больную машина скорой помощи, врачи определяют: эмболия бедренной артерии—ветви аорты. Срочная операция!

Эмболия и тромбоз—наиболее опасные осложнения некоторых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Эмболы—«пробки», которые заносятся на периферию из центра, порой из самого больного сердца; тромбы—плотные массы—продукт местного происхождения, они образуются на каком-то участке сосуда. И те и другие препятствуют нормальному кровотоку, а это зачастую требует срочного хирургического вмешательства. Однако не всегда просто определить, кто из больных нуждается в нем. Важная заслуга группы нынешних лауреатов Государственной премии СССР состоит в том, что они разработали критерии неотложной диагностики. Более того, своим большим клиническим опытом лауреаты доказали: если операция произведена в первые 12 часов после острой закупорки сосуда (в крайнем случае не позже чем через сутки!), то у 8—9 больных из каждых десяти удастся восстановить магистральный кровоток. Каждый же час опоздания чреват трагическими последствиями.

Выводы ученых, добытые ими знания должны были как можно скорее стать достоянием практической медицины. Не счесть, наверное, декадников, симпозиумов, научно-практических конференций, которые послужили достижению этой цели—обучению тысяч и тысяч поликлинических врачей, бригад неотложной и скорой помощи тому, как в считанные минуты разобраться в сложной симптоматике, чтобы без промедления направить больного на операцию. Сегодня можно сказать: такая «сортiroвочная» служба действует!

На первых порах больных с острой эмболией или тромбозом приходилось направлять в обычные больницы, однако там не всегда были готовы оказать специализированную помощь в экстренном порядке—на месте могло не оказаться хирурга, владеющего методикой

подобных операций, нужного оборудования, инструментария, протезных материалов. По инициативе ученых Министерства здравоохранения СССР начало создавать в стране сеть специализированных сосудистых центров. Сегодня число таких центров приближается к семидесяти. Их персонал не только постоянно находится в состоянии «готовности № 1», но и ведет огромную организационно-методическую работу, обучает хирургов методам борьбы с тяжелой сосудистой патологией.

...Представим себе оптимальную ситуацию: острое нарушение кровотока обнаружено чрезвычайно быстро—часа через 2—3 после закупорки сосуда: больной без промедления доставлен в специализированный центр. Надо определить, где именно обосновался эмбол или на каком участке аорты образовался тромб. Еще вчера об этом приходилось судить лишь по косвенным, внешним признакам—окраске кожи, изменению ее температуры, влажности и т. д. Непросто было хирургу составить план ответственной операции, основываясь на таких приблизительных данных.

На помощь врачебной интуиции и опыту лауреаты призвали инструментальные методы обследования. Чтобы узнать, в каком месте закупорился сосуд, в артерию вводят контрастное вещество и делают рентгеновский снимок. На нем отчетливо видно: затор возник вот здесь. При значительном нарушении кровотока в конечности важно установить: насколько компенсируют возникший дефект обходные пути кровоснабжения? Каково кровенаполнение магистральных сосудов ноги? Судить об этом позволяют регистрация колебательных движений сосудистой стенки с помощью осциллографа и реография—измерение электрического сопротивления тканей. Температура кожи над пораженным участком сосуда бывает на 6—10 градусов ниже, чем в других местах,—обнаружить зоны такой температурной асимметрии помогает электротермометрия. Ценные диагно-



В. С. Савельев



Н. И. Краковский



А. В. Покровский



М. Д. Князев



А. Н. Филатов

стические данные дает и капилляроскопия, отражающая состояние сети мельчайших сосудов. Так что теперь, берясь за скальпель, специалист хорошо знает, с чем ему предстоит встретиться по ходу операции.

Но как подобраться к эмболу или тромбу, если он обнаружен в брюшной аорте? Раньше поступали так: под общим наркозом вскрывали брюшную полость, обнажали аорту, разрезали ее в том месте, где находился эмбол или тромб, удаляли его. Ис тревогой ждали: выживет ли больной после такого обширного вмешательства? Многие, увы, не выживали.

Надо было решительно менять тактику операции, постараться попасть в пораженную аорту, не вскрывая брюшную полость. Но как? Ученые, о работах которых мы рассказываем, нашли остроумное, оригинальное и поражающее своей простотой решение. Хирург делает экономный разрез на ноге, подтягивает бедренную артерию, осторожно вводит в нее пластмассовый катетер (полую трубочку) с пузырьком на конце. Пока катетер не пройдет сквозь тромб, пузырек остается спавшимся. Как только он оказывается по другую сторону тромба, его наполняют жидкостью и извлекают вместе с тромбом. Так же очищают и нижнюю часть бедренной артерии, если и она забита плотными массами. По сравнению с прежними сложными полостными операциями эта кажется совсем простой.

Но успехи и радости часто соседствуют в жизни с неудачами и тревогами. После одной из первых, казалось бы, вполне удачных операций, сделанных по новой методике, больной умер. Причин смерти доискивались с пристрастием, упорством. Выяснилось: во время длительного обескровливания тканей еще до операции в них накопились токсические вещества. Когда же хирург восстановил нормальное кровообращение, эти яды распространились по всему организму и вызвали сильнейшее отравление... Теперь, прежде чем включить после операции кровоток, стали выпу-

скасть застоявшуюся кровь и тщательно промывать сосудистое русло.

Когда кровообращение нарушается остро, внезапно, в считанные минуты ставит больного на грань смерти, необходимость в чрезвычайных, решительных мерах очевидна: надо спасти человека! Иное дело — при медленно текущих хронических процессах. Атеросклероз, к примеру, годами забивает артерии бляшками и обычно поражает не один, а множество сосудов. «Прочистить» их все нельзя даже самыми хитроумными катетерами. Долго казалось, что такие больные вне сферы хирургической помощи. Однако постепенно выяснилось, что на начальных этапах своего развития грозный атеросклероз поражает не все, а только самые крупные сосуды и не целиком, а избирательно — на изолированном участке в 10—20 сантиметров. Значит, если заболевание обнаружить рано, этот участок можно удалить.

Одними из первых в стране таким противосклеротическим ремонтом артерий занялись ученые, удостоенные Государственной премии 1975 года. Но сразу встретились с трудностями. Далеко не всегда удавалось настолько стянуть отрезки сосуда, чтобы можно было сшить их «конец в конец». Чем заместить образовавшийся разрыв? В поиски подходящего материала для пластических операций на сосудах включились химики, технологи. Из многих предложенных ими материалов лауреаты выбрали для протезов наилучший — отечественный лавсан. Они также установили, какой в каждом случае протезирования предпочтителен шов, насколько шире сосуда должна быть искусственная трубка, учитывая, что со временем она покроется изнутри живой тканью, и самое главное — какой уход нужен больному после операции.

Бывает, что атеросклероз поражает самое неудобное место — бифуркацию, где аорта разделяется на две крупные ветви — подвздошные артерии. Первую в СССР попытку и в этом случае применить протез предпринял в 1960 году

профессор В. С. Савельев. Вместо иссеченной бифуркации аорты он вшил тогда больному протез из синтетической ткани. Пациент здоровствует и поныне, а подобные операции делают уже во многих советских клиниках и больницах.

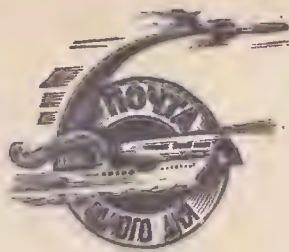
Кардиологи, терапевты нередко были бессильны помочь тем больным атеросклерозом, которые жаловались на невыносимую головную боль, прогрессирующую утрату зрения, какую-то неестественную, шатающуюся походку. Со временем пришло понимание первопричины таких страданий: бляшки образовывались в артериях, питающих кровью головной мозг. Сегодня и этот недуг подвластен исцеляющему скальпелю. Многие из тех, кто раньше был обречен на инвалидность, обретают после операции вполне удовлетворительное зрение, у них восстанавливается нормальная походка, они могут снова трудиться.

На свет иногда появляются дети с удивительной аномалией — стойким перепадом артериального давления: в сосудах головы и шеи оно достигает 200—300 миллиметров ртутного столба, а в сосудах легких и конечностей резко понижено. Такие малыши раньше погибали. Суть дефекта, как выяснилось, в том, что чуть ниже отхождения подключичной артерии аорта резко сужена. В результате шея, голова буквально захлебываются от обилия крови, а к легким, кишечнику, конечностям она почти не поступает. Достаточно устранить это узкое место, чтобы вернуть ребенку здоровье. Число таких операций уже перевалило за тысячу.

Благодаря усилиям лауреатов в арсенал хирургии вошла и новая методика операций на сосудах почек при почечной гипертензии.

Так, шаг за шагом, в сомнениях, трудах и поисках хирурги прокладывали пути к преодолению сложнейших препятствий, возникающих в «царь-жиле», к успешному лечению заболеваний аорты и ее ответвлений.

А. ЧЕРНЯХОВСКИЙ



СЕГОДНЯ ОТВЕЧАЮТ

1.

Доктор
медицинских наук
Н. Б. КОРОЛЕВА—
М. Н. Серовой,
Краснодарский край.

2.

Кандидат
медицинских наук
Б. В. ЧЕТВЕРУШКИН—
Николаю А.,
Иваново.

3.

Кандидат
медицинских наук
Б. З. ВОРОНОВА—
Лене и Наде Егоровым,
село Уртам,
Читинская область.

4.

Аллерголог
Т. А. ЧЕРВИНСКАЯ—
П. Сулековой,
поселок Целинный,
Красноярский край.

5.

Кандидат
медицинских наук
Л. Г. КЛОПОВ—
Т. Галькиной,
Вологодская область.

6.

Косметолог
С. Г. ОГАНЕСОВ—
читателю И. С.,
Якутская АССР.

7.

Кандидат
медицинских наук
И. Г. ДАНИЛЯК—
Е. Шапиро,
Вильнюс.

ГУБНАЯ ПОМАДА

1 «Много раз в день подкрашиваю губы—«съедается» помада. Не вредна ли она?»



Губные помады, так же как и все средства декоративной косметики, выпускаемые отечественной промышленностью, безвредны. Они проходят тщательную экспериментально-клиническую проверку: прежде всего изучается токсичность составляющих помаду компонентов, их способность оказывать раздражающее и аллергизирующее действие; проводятся фармакологические, гистологические и биохимические исследования. Затем помада проходит клинические испытания, и только после этого она выпускается промышленностью.

В продажу поступают губные помады двух видов—гигиенические и декоративные. Гигиенические предохраняют губы от обветривания и шелушения. В состав таких помад входят высококачественные жиры (спермацет, косточковое масло), пчелиный воск и другие вещества. Ассортимент гигиенических помад пополнится в этом году двумя новыми: «Целебной» и «Айболитом». Помада «Айболит» может быть рекомендована и детям при некоторых заболеваниях слизистой губ, сопровождающихся сухостью и шелушением.

Декоративные помады (их выпускают более 60 тонов), придавая губам желаемый цвет, также смягчают и предохраняют их от обветривания. Но у некоторых женщин, особенно под влиянием ультрафиолетовых лучей, повышается чувствительность к красителям, входящим в помаду. Если слизистая оболочка губ покраснела, отекала, надо прекратить пользоваться помадой.

НАРКОЗ И ПАМЯТЬ

2 «Мне 16 лет. Недавно перенес операцию под наркозом. Мне кажется, что у меня ухудшилась память. Может быть, это от наркоза?»

Подавляющее большинство хирургических вмешательств производят в настоящее время под общим обезболиванием. Специалисты тщательно изучают особенности влияния наркоза на деятельность различных органов и систем организма, в том числе и на память—одну из важнейших функций центральной нервной системы.

Принцип действия современных наркотических препаратов основан на угнетении деятельности центральной нервной системы: пациент засыпает, утрачивает способность воспринимать болевые ощущения, у него снижается тонус скелетной мускулатуры. Исследования биоэлектрической активности головного мозга свидетельствуют о том, что эти изменения носят функциональный характер, близки к тем, которые наблюдаются у человека во время сна, и не переходят «порог дозволенности». После окончания операции к больному возвращается сознание. Полностью восстанавливается и память, разумеется, только на события, предшествующие операции; что происходило во время хирургического вмешательства, больной не помнит.

Как показывают многочисленные наблюдения, память у людей, даже многократно (до 10 раз) оперированных под общим наркозом, не ухудшается.

ОБУВЬ НА ВЫСОКОМ КАБЛУКЕ

3 «Дорогая редакция! Объясните, пожалуйста, можно ли девочкам в 15 лет носить туфли на высоком каблуке?»



Неправы те девочки, которые преодолевают родителей просьбами купить им туфли или сапоги на высокой платформе и высоких каблуках. Если ходить в такой обуви, центр тяжести переносится вперед. При этом изменяется походка, излишне перенапрягаются мышцы ног. Неестественное положение тела может привести к неправильному формированию тазового пояса. Ведь тазовые кости у подростков соединены между собой хрящевой тканью. Окостенение хрящей заканчивается примерно к 20 годам, а полное формирование тазового пояса происходит только к 24—25 годам. У взрослой женщины неправильное формирование тазового пояса может отрицательно сказаться на родовой деятельности.

Девочкам до 15 лет следует носить соответствующую размеру ноги, легкую, удобную обувь с эластичной передней частью подметки, широким носком и каблуком высотой в 2—3 сантиметра. Обувь без каблука, как и слишком свободная, способствует развитию плоскостопия. А уплощение стопы также ведет к нарушению осанки. Кроме того, обувь без каблуков затрудняет перекат стопы во время ходьбы и утомляет мышцы ног.

В 15—16 лет, когда рост стопы прекращается, можно носить туфли на каблуке не выше 3—4 сантиметров, а в 17—18 лет—на каблуке не выше 5 сантиметров, но не каждый день, а лишь изредка—в гости, в театр.

АЛЛЕРГИЯ К ХОЛОДУ

4 «У меня от холодного воздуха появляются красные зудящие пятна. Не аллергия ли это? Может быть, лучше переехать на юг?»

Воздействие холодного воздуха может вызвать аллергию. У людей с повышенной чувствительностью к холоду нередко появляется крапивница, иногда сопровождающаяся не только сильным зудом, но и отеком мягких тканей. В тяжелых случаях развивается так называемый анафилактический шок — состояние, характеризующееся расстройством деятельности центральной нервной системы, нарушением кровообращения, дыхания, обмена веществ.

Для проявления аллергии совсем не обязательно воздействие низких температур, мороза, холодного ветра. Иногда страдающему повышенной чувствительностью к холоду бывает достаточно умыться водой комнатной температуры или попасть под летний дождь, чтобы возникла крапивница. При аллергии к холоду нельзя купаться в реке, море, даже в самое жаркое время года, из-за опасности развития шокового состояния.

Сенсибилизации, то есть повышению чувствительности организма, могут способствовать различные хронические заболевания, к примеру, тонзиллит, холецистит, кариес зубов. Своевременная ликвидация этих очагов хронической инфекции — необходимое условие для успешного избавления от холодовой аллергии.

Люди, подверженные этому заболеванию, нередко нуждаются в специальном десенсибилизирующем лечении.

Надо ли менять климатическую зону на более теплую? Решить этот вопрос Вам поможет аллерголог краевого Красноярского аллергологического центра (при краевой Клинической больнице).

СЕМЕЧКИ ПОДСОЛНУХА

5 «Расскажите, пожалуйста, не вредно ли грызть семечки при хроническом аппендиците?»



Нас, врачей, нередко спрашивают: могут ли семечки подсолнуха попасть в червеобразный отросток (аппендикс) и вызвать обострение хронического аппендицита? Нет, не могут. Зерна семечек вместе с другой пищей перевариваются в желудке и в слепую кишку (от которой отходит аппендикс) попадают уже в виде жидкой кашицы. Следовательно, возможность обострения аппендицита от семечек не больше, чем от другой пищи.

Каковы же причины обострения хронического аппендицита? Прежде всего неправильный режим питания, ведущий к хроническим запорам или поносам. Замечено, что обострение вызывают и большие физические нагрузки, а также различные заболевания.

Опасность обострения состоит в том, что воспалительный процесс может расплавить стенку отростка, его содержимое попадет в брюшную полость, и разовьется гнойный перитонит — гнойное воспаление брюшины.

Вот почему при появлении боли в правой половине живота, тошноты, рвоты следует немедленно обратиться к врачу, чтобы не упустить драгоценное время, если необходима операция.

ПЕРХОТЬ

6 «Если на голове появилась перхоть, можно ли от нее избавиться? Что для этого надо делать?»

Перхоть — это скопление мелких рыхлых чешуек на коже волосистой части головы, больше всего на висках и темени. Чаше ее появление бывает связано с неправильным уходом за волосами.

Сухая перхоть образуется, например, если голову постоянно моют только щелочным мылом (банное, хозяйственное), жесткой горячей водой (выше 38 градусов). У некоторых — после химической завивки или употребления химических красителей (пергидроль, перекись водорода), обезжиривающих кожу. Чрезмерно пересушивает волосы и длительное ультрафиолетовое облучение, если не защищают летом голову от солнца.

При сухой перхоти волосы обычно бывают тусклыми и ломкими, кожа головы обильно покрыта слоем беловато-серых чешуек.

Перхоть может быть и жирной. Вследствие усиленного выделения кожного сала на коже волосистой части головы образуются жирные чешуйки желтоватого или беловатого цвета.

Как же ухаживать за волосами и кожей головы, чтобы избавиться от перхоти?

Если волосы жирные, мыть их можно каждую неделю, лучше кипяченой водой, любым шампунем для жирной кожи. Помогают и некоторые косметические средства, например, «Биокрин», «Кармазин», «Л-102». Способ применения указан в инструкции.

Сухие волосы целесообразно смазывать «Бальзамином», «Пальмолом» или касторовым маслом один-два раза в неделю. Когда перхоть бывает обильной, врачи советуют за 4—6 часов до мытья натирать в кожу головы крем «Особый», «Паприн», «Средство от сухой перхоти». Мыть голову следует не чаще одного раза в 10 дней шампунями для сухой кожи и кипяченой водой.

Обычно при выполнении этих рекомендаций на протяжении двух-трех месяцев перхоть исчезает. Если проводимые процедуры не помогают, советуем обратиться к врачу — дерматологу или косметологу.

РАЗЪЯСНЕНИЕ ПО ОПУБЛИКОВАННЫМ МАТЕРИАЛАМ

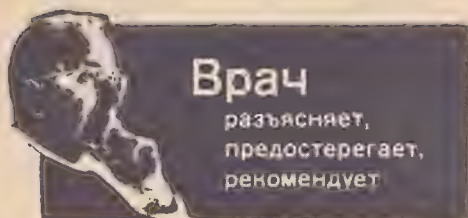
7

«В журнале № 8 за 1975 г. член-корреспондент АМН СССР, профессор Ф. И. Комаров и кандидат медицинских наук И. Г. Даниляк в статье «Разговор с больным бронхиальной астмой» советуют пить щелочное питье как отхаркивающее средство. Что представляет собой это питье, как его принимать?»

Когда мы упоминали о пользе щелочного питья, то имели в виду раствор питьевой соды (пол чайной ложки соды на стакан воды), минеральную воду «Боржоми» или другие щелочные минеральные воды, а также чай с молоком.

Щелочное питье облегчает отхаркивание мокроты. Чай с молоком, раствор соды, «Боржоми» следует пить в теплом виде по четверть стакана медленными глотками через каждые один-два часа.

Щелочное питье полезно не только при бронхиальной астме, но и при бронхите и пневмонии, когда в связи с воспалительным процессом в организме развивается ацидоз — скапливаются кислые продукты обмена веществ. Введение щелочи их нейтрализует.



Врач

разъясняет,
предостерегает,
рекомендует

КОГДА мне предложили написать статью о вреде, который могут принести лекарства, я невольно насторожился. Надо ли выступать против лекарственных препаратов? Не вызовет ли это у пациентов недоверие к медикаментозной терапии? Но колебание длилось мгновение. Потому что слишком часто мы видим тяжелые последствия самолечения, неграмотного, некомпетентного применения лекарств.

Мир лекарств удивителен. С их помощью врачи добиваются победы в борьбе со многими заболеваниями. Рациональное их назначение помогает, к примеру, нормализовать сердечную деятельность, повлиять на эмоциональную настроенность человека, на его аппетит, стимулировать или подавлять рост ткани... В настоящее время медицина располагает средствами, которые могут воздействовать на все функциональные системы организма.

Число лекарств за последнее десятилетие значительно возросло. А поскольку большинство из них можно применять в нескольких формах и различных сочетаниях, то становится ясным, что препаратов насчитывается десятки тысяч. В Англии, например, по данным департамента здравоохранения, в 1969 году амбулаторно было выписано 245 миллионов рецептов на сумму 110 миллионов фунтов стерлингов.

Специалисты считают, что даже при врачебном назначении лекарств у 5 процентов больных могут наблюдаться побочные явления. А если человек принимает медикаменты по своему усмотрению? Что происходит тогда?

Швейцарские исследователи пришли к выводу, что в их стране из-за злоупотребления медикаментами каждые четыре дня погибает один человек. Только один аптечный работник, проверив домашние аптечки своих постоянных клиентов, обнаружил немалые запасы — 12 тонн — различных лекарственных препаратов!

В последнее время приходится все больше и больше сталкиваться с проблемой самолечения. Человек, который часто ходит в музеи, посещает театры, консерваторию, любит книгу, не решится, как правило, считать себя на этом основании знатоком искусства, музыки, литературы. А вот в области медицины почему-то легче возомнить себя всезнающим. И такой «эрудит», пользуясь обрывками медицинских знаний и инструкциями, приложенными к лекарствам, решает лечить и себя и родственников, знакомых, опровергает назначения врачей. Как можно так поступать? Не имея на то никаких прав, брать на себя огромную ответственность за человеческую жизнь?

Не забыть случай с сорокадвухлетним инженером М., доставленным в больницу в тяжелом состоянии. Заболел он накануне, почувствовал сильную головную боль. В отделе, где работал М., едва ли не каждый стал предлагать ему свое «лучшее» лекарство. Он принял 4 таблетки, но головная боль не прошла. Придя домой, пожаловался жене, которая, в свою очередь, предложила ему препараты, применяемые ее матерью, страдающей гипертонической болезнью. Еще 6 таблеток были проглочены. А вскоре у М. появились рвота, слабость, боль в сердце, холодный, липкий пот. В стационаре специалисты поставили диагноз — отравление медикаментами. Через несколько дней после проведенного лечения состояние М. улучшилось, и его выписали домой, но недоверие к лекарственным препаратам сохранилось у него на многие годы.

ЛЕКАРСТВА И ЧЕЛОВЕК

В. Г. КУКЕС, профессор



Рисунок В. КАРАСЕВА

Недавно в клинику в предынфарктном состоянии поступил мужчина средних лет. Дома участковый врач назначил ему все необходимые лекарственные средства, однако состояние пациента прогрессивно ухудшалось. Невольно возникло сомнение: а все ли препараты принимал больной? Настойчивые расспросы подтвердили. «Нет, не все. Боялся принимать лекарства, содержащие нитроглицерин. Говорят, что те, кто принимает нитроглицерин, обречены». И это о препарате, который спас миллионы жизней!

Но гораздо чаще встречаются люди, которые не остерегаются лекарств, а, наоборот, преклоняются перед ними, готовы принимать их великое множество. Вспоминаю одного из своих пациентов, сорокачетырехлетнего мужчину, которого доставили в клинику с диагнозом «стенокардия». Пятнадцать минут он излагал свои жалобы и около часа рассказывал, как заболел. Оказалось, что он сам назначил себе «курс лечения» — 18—24 таблетки в день: среди них 2 таблетки кароваза, 4 таблетки персантина, 6 таблеток изоптина, 4 таблетки интенсаина и 6 таблеток панангина, не считая витаминов и успокаивающих средств.

Когда ему объяснили, сколь вредны такие поистине «лошадьи дозы» лекарств одностороннего действия, он искренне огорчился: ведь принимал все новейшее! А зачем, спрашивается? Обидно было смотреть на этого относительно молодого человека, ушедшего в болезнь и смысл жизни видящего в поисках новых модных лекарств. Куда полезнее ему заняться утром зарядкой, регулярно питаться, ходить вечером на прогулку... В стационаре сократили количество лекарств, назначили лечебную физкультуру, водные процедуры, и состояние больного улучшилось.

Мир лекарств не только удивителен, но и чрезвычайно сложен. Одни препараты — это химический нож, нацеленный на отдельные звенья какой-либо системы организма. По этому принципу действуют, например, сердечные гликозиды, средства, снижающие количество холестерина, препараты, подавляющие аппетит. Другие лекарства оказывают влияние на одну или несколько систем организма. Таковы витамины, гормоны, успокаивающие медикаменты.

Лечебный эффект бывает непосредственным или опосредованным. Так, мочегонные уменьшают отеки потому, что блокируют всасывание воды и натрия в канальцевом аппарате почек. Большинство препаратов от кашля тормозят возбуждение кашлевого центра в мозгу. Антибиотики, губительно действуя на микроорганизмы, способствуют стиханию воспалительного процесса.

В организме лекарственный препарат проходит ряд барьеров. Всасываясь в кишечнике, он поступает в кровь, затем в печень, где частично разлагается. Оставшееся количество доставляется артериальной кровью ко всем органам и тканям. От особенностей химического строения медикамента зависит, через какие среды он лучше проходит и где больше задерживается.

Эффект, который может дать препарат, определяется не количеством таблеток или ампул, пилюль, драже, а содержанием в них действующего начала; в одних случаях это 0,5 грамма, в других — доли миллиграмма. Известно, что одно и то же лекарство выпускается в таблетках, содержащих различное его количество. Какие из них принимать и сколько — определяет врач в зависимости от состояния больного.

Большинство химических лекарственных средств — для организма чужеродные вещества, и он, естественно, стремится от них освободиться. Одни лекарства разрушаются в печени, почках, легких или в мышцах, другие выводятся в неизмененном виде. Эти процессы могут протекать очень быстро и очень медленно. Строфантин, например, выводится полностью через 48 часов, а другой сердечный гликозид — дигитоксин частично присутствует в организме в течение 30 дней. Концентрация в крови одних длительно остается высокой, других — быстро падает. Эти особенности опреде-

ляют кратность введения и дозу препарата. Сульфаниламиды, обладающие одинаковым антимикробным механизмом действия, назначаются по-разному: сульфадимезин — препарат, быстро выводющийся из организма, рекомендуется принимать через 6 часов, а сульфадиметоксин, который выделяется медленно, — 1—2 раза в сутки. Некоторые препараты можно применять только 7—10 дней, другие — такие, как сердечные гликозиды, антидиабетические средства, — долгие годы.

Говорю об этом отнюдь не для того, чтобы просветить несведущих. Важно, чтобы каждый знал: лекарственные препараты — это грозное оружие, которое в умелых руках несет избавление от болезни, а в неумелых может стать причиной трагедии.

Люди XX века привыкли к чудесам в науке и технике. Многие ждут чудес и от лекарств, полагая, что можно приемом нескольких таблеток излечиться от гипертонической или язвенной болезни, от радикулита и других недугов. Некоторые с помощью лекарств пытаются избавляться от любых неприятных ощущений, принимают снотворное, чтобы быстрее заснуть, перед сытным обедом глотают таблетки для улучшения функции желчного пузыря и более быстрого переваривания пищи. Бывает, после выписки из стационара продолжают вопреки советам врача прием лекарств «на всякий случай».

Рассмотрим несколько часто встречающихся ситуаций. Физическое или эмоциональное переутомление привело к кардионеврозу, сидячий образ жизни — к синдрому детренированности. В обоих случаях еще нет поражения сердца, но уже имеется некоторое нарушение его функций. Человек ощущает недомогание, боль в области сердца. И вот возникает вопрос: что делать — принимать лекарства или наладить быт, исключить эмоциональные сверхраздражители, употреблять с пищей больше витаминов, отказаться от курения, алкоголя? Для многих, конечно, проще принимать таблетки. Но ведь лекарства в этих случаях не влияют на причину заболевания, а только облегчают состояние, как бы маскируют болезнь.

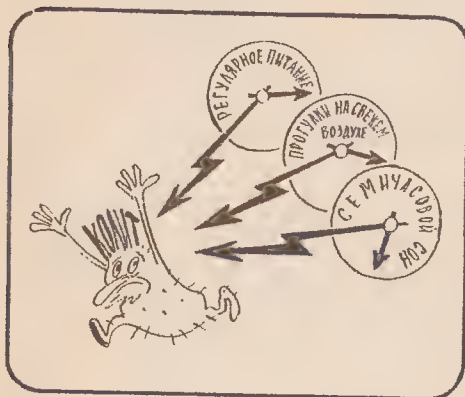
А погоня за модными препаратами? К чему это приводит? Во-первых, к задержке лечения другими средствами. Во-вторых, к дискредитации нового препарата, поскольку его использование без точных показаний принесет не пользу, а только разочарование и неверие в его лечебную силу.

Кстати, ажиотаж вокруг некоторых лекарств обычно не имеет веских оснований. Многим нашумевшим зарубежным препаратам полностью соответствуют идентичные по своей химической структуре и механизму действия аналоги, выпускаемые отечественной промышленностью или другими зарубежными фирмами. Например, аналогом персантина является курантил; интенсаина — интенкордин; корнотина — фаликор и дифрил; валокордина — корвалол; белласпона — беллатаминал; ангинына — продектин; гаммалона — аминалон; индерала — обзидан, анаприлин; лазикса — фуросемид и так далее. Широкая номенклатура лекарств позволяет без всякого ущерба для больного заменять один препарат другим.

Главное условие рациональной лекарственной терапии — назначение лекарств врачом, выполнение его указаний о дозе и сроках приема. Не менее важно также упорядочить образ жизни, разумно чередовать труд и активный отдых, отказаться от курения и злоупотребления алкоголем, наладить правильное питание, систематически заниматься физической культурой.

ВОСПАЛЕНИЕ слизистой оболочки толстой кишки—хронический колит—протекает циклически: периоды обострения чередуются с периодами затишья—ремиссиями.

Обострения обычно связаны с нарушением диеты, и тогда беспокоит боль в животе, по временам возникают поносы или упорные запоры. Диетическое питание—без преувеличения, основа лечения хронического колита.



При обострении, сопровождающемся поносом, следует придерживаться **диеты 4**, строгой, ограничительной. Она назначается на несколько дней (не более недели!). Эта диета предусматривает максимальное щажение кишок: пища должна быть измельчена, блюда малоэкстрактивные, приготовленные на пару или вареные.

Разрешаются: супы на обезжиренном мясном бульоне и отварах из круп (рис, манная); малоэкстрактивный мясной бульон повышает тонус пищеварительной системы.

Нежирная говядина, телятина, куры, цыпленок в рубленом виде, сваренные или приготовленные на пару. Нежирная рыба куском и для разнообразия в рубленом виде, также сваренная или приготовленная на пару.

Кефир трехдневный; свежий протертый творог, если он не усиливает расстройство кишечника. Каши манная и рисовая на воде или обезжиренном бульоне, мелкая вермишель. Не более одного яйца в день—в натуральном виде или как добавление в блюда. Соки из фруктов (яблоко, апельсины, мандарины), ягод, особенно черники, пополам с водой. Желе, кисели. Чай, отвар шиповника, сок и отвар сушеной черной смородины. Из жиров—сливочное масло в натуральном виде и в готовые блюда, до 40 граммов в день. Сухари из белого хлеба; они легче усваиваются, не вызывают раздражения желудка и кишок, если их размочить в бульоне, соках, чае, горячей воде.

Исключаются: цельное молоко вследствие плохой переносимости, а также конфеты, мармелад, торты, пирожные. Сахар ограничивается до 40 граммов в день, так как углеводы способствуют активизации бродильных процессов в кишечнике. Из этих же соображений следует с осторожностью использовать в меню черную смородину, протертую с сахаром. Вредны всякие закуски, блюда и гарниры из овощей, бобовые, ибо они усиливают раздражение слизистой оболочки желудка и кишок.



У больного, если он наряду с лечебным питанием принимает назначенные врачом лекарства и витамины, особенно группы В, довольно быстро ослабевают и исчезает боль в кишках, прекращается понос.

Теперь больному назначают **диету 4б**. Вначале в более строгом варианте: без закусок. В пюре из вареных овощей, в супы с протертыми овощами не рекомендуется добавлять лук и лавровый лист.

По мере дальнейшего стихания воспалительных явлений в толстой кишке диету расширяют.

Разрешаются: супы на мясном, рыбном бульонах и овощном отваре с мелко нарубленными овощами, картофелем, с мясными фрикаделями. В супы можно добавлять лавровый лист, репча-

Примерное меню диеты 4

8 часов:	Каша рисовая или манная на воде (40 граммов крупы, 7 граммов сливочного масла в готовое блюдо). Яйцо всмятку или омлет. Стакан чая с сахаром. 10 граммов сливочного масла. Сухари.
11 часов:	Стакан сока черной смородины, наполовину разбавленного водой. Сухари.
14 часов:	Мясной или куриный бульон с гречками (400 граммов обезжиренного мясного бульона, 15 граммов мелких сухарей из белого хлеба). Кнели или суфле мясные (60 граммов вареного мяса, $\frac{1}{4}$ яйца, 5 граммов муки, 50 граммов молока, 10 граммов сливочного масла в готовое блюдо).
17 часов:	Стакан отвара шиповника. Сухари.
19 часов:	Пюре из рыбы или мяса, или курицы

21 час:	(без кожи) (80 граммов вареной рыбы или мяса, 50 граммов молока, 5 граммов муки, 5 граммов сливочного масла в готовое блюдо). Каша манная или рисовая на мясном бульоне (30 граммов крупы, 200 граммов бульона, 7 граммов сливочного масла в готовое блюдо). Стакан отвара шиповника. Стакан отвара из сухой черники (20 граммов ягод, 10 граммов сахара).
----------------	---

На весь день: 100 граммов сухарей из белого хлеба, 40 граммов сахара.

Примерное меню диеты 4б

8 часов:	Каша овсяная или манная молочная (40 граммов крупы, по 100 граммов молока и воды, 10 граммов сливочного масла в готовое блюдо). Мясной паштет (50 граммов вареного мяса,
-----------------	---



Г. Ф. МАРКОВА,
профессор

РАЗГОВОР С БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ КОЛИТОМ

Рисунки Ю. ЧЕРЕПАНОВА

тый лук, немного томата. Нежирная говядина, телятина, курица, индейка — уже не только вареные, но и тушеные, запеченные и даже жареные (но без панировки), в рубленом виде и куском; сосиски диетические, ветчина без сала, студень говяжий. Рыба нежирная — отварная, паровая, жареная, заливная — в рубленом виде или куском. Из мяса, дичи и рыбы можно готовить пюре, суфле, кнели. Сельдь вымоченная, рубленая.

Молоко цельное — в блюдах или с чаем, кефир трехдневный, творог свежий в натуральном виде, сырники, сыр неострый, сметана нежирная как приправа к блюдам. Морковь, свекла, кабачки — отварные, запеченные. Каши, пудинги, запеканки из гречневой, овсяной и других круп, кроме пшена. Яйцо

всмятку, омлет или как добавка в блюдо — не более одного яйца в день.

Свежие зрелые фрукты и ягоды (кроме дынь, абрикосов и слив), сырые, сушеные, в компотах, а также в виде киселей, желе, муссов. Сахар — 50—60 граммов, мармелад, пастила, зефир, варенье. Соусы — на овощном отваре, на мясном бульоне.

Чай и какао некрепкие, причем какао готовят на воде, а чай пьют с молоком. Соки фруктовые и овощные, кроме виноградного и капустного, разбавленные наполовину водой, отвар шиповника.

Масло сливочное, топленое, подсолнечное.

Хлеб белый.

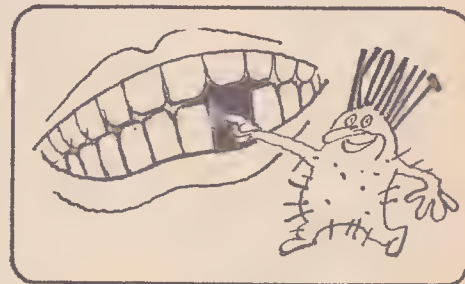
Картофель — отварной, в ограниченном количестве; бобовые по-прежнему исключаются.

Диета 46 рекомендуется как больным, у которых прекратился понос, так и при упорных запорах. Особенно если установлено изменение слизистой оболочки кишки.

В тех случаях, когда запоры продолжают, но нет заметных изменений слизистой оболочки, а судить об этом может только врач, после того, как он осмотрит прямую кишку через ректороманоскоп, применяется диета 3, более близкая к общему столу.

Диета 3 включает продукты, способствующие усилению перистальтики кишечника: ржаной хлеб, свеклу, белокочанную капусту, крутые яйца, чернослив, инжир, сливы, мед, свежую простоквашу, охлажденные газированные безалкогольные напитки, мороженое.

Разрешаются: кроме тех продуктов и блюд, которые входят в диету 46,



лук зеленый в небольших количествах, паштет из мяса, колбаса нежирная вареная. Соки в охлажденном виде, газированная вода. Хлеб ржаной и пшеничный, несдобное печенье, сухари из белого хлеба. Можно есть тыкву, капусту — отварные, в виде пюре, запеченные. Помидоры и огурцы свежие без кожицы, шинкованные. Оладьи на воде, на мясном бульоне, на воде пополам с

11 часов: 15 граммов молока, 3 грамма муки, 10 граммов сливочного масла.
14 часов: 15 граммов сливочного масла. Стакан чая с сахаром и лимоном. 70 граммов тертого сыра. Стакан отвара шиповника.
17 часов: Сельдь вымоченная (40 граммов сельди, 10 граммов растительного масла). Суп из протертых овощей на мясном бульоне со сметаной (400 граммов бульона, 100 граммов картофеля, 50 граммов моркови, 15 граммов лука репчатого, лавровый лист, 10 граммов сметаны в готовое блюдо). Курица отварная или мясо с картофельным пюре (120 граммов курицы или мяса, 200 граммов картофеля, 50 граммов молока, 5 граммов сливочного масла). Кисель из черной смородины (50 граммов ягод, 15 граммов сахара, 8 граммов картофельной муки). Компот протертый или апельсин. Стакан чая.

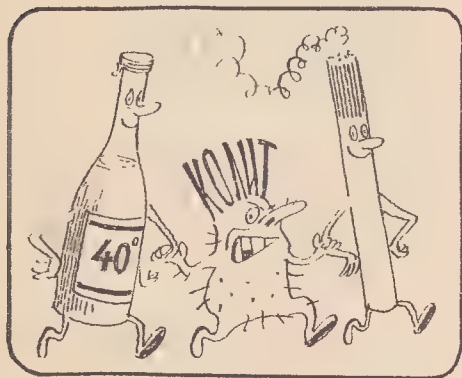
19 часов: Сухое печенье, три штуки. Омлет паровой (одно яйцо, 50 граммов молока, 2 грамма сливочного масла). Рисовый или манный пудинг с протертыми яблоками (60 граммов крупы, 75 граммов яблок, $\frac{1}{4}$ яйца, 50 граммов молока, 10 граммов сахара, 5 граммов сливочного масла в готовое блюдо). Стакан чая. Бело-розовая пастила, две штуки. Стакан трехдневного кефира.
21 час:
На весь день: 300 граммов белого хлеба вчерашнего, 50 граммов сахара.

Примерное меню диеты 3

8 часов: Каша гречневая молочная полувязкая, размазня (50 граммов крупы, 150 граммов молока, 10 граммов сливочного масла в готовое блюдо). Рыба по-польски или отварная (120 граммов судака, наваги, трески,

молоком из всяких круп, вермишели, лапши. Яйца крутые — одно-два в день. Фрукты и ягоды, особенно сливы, размо- ченные чернослив и инжир.

Если хронический колит, сопровож- дающийся запорами, сочетается с хро- ническим холециститом (а это бывает нередко), из диеты 3 разрешаются толь- ко блюда, приготовленные на пару, и обязательно **исключаются** ржаной хлеб, капуста, яйца, охлажденные газир- ованные напитки, мороженое.



Обратите особое внимание на то, что в **диетах 3 и 4б исключаются:** сало, маргарин, жирные сорта мяса и рыбы, гусь, утка, свинина, жареное мясо куском, мозги, почки, крепкие мясные, рыбные и грибные бульоны, острые, соленые и копченые закуски, жирная ветчина, консервы с большим содержа- нием жира и экстрактивных веществ, уксус, перец, горчица, хрен, жареный картофель и другие жареные овощи, сдобное тесто, пирожные с кремом (и пироги), крепкие кофе, какао и алкоголь во всех видах.

При хроническом колите, сопровож-

дающемся поносом, могут помочь ле- чебные травы. Зверобой, ромашка, мя- та, семена укропа смягчают воспали- тельные явления в кишечнике. Ольхо- вые шишки и дубовая кора закрепляют. А тем, кого беспокоят запоры, полезны послабляющие травы — солодковый ко- рень, александрийский лист, кора кру- шины, жостер.

Настой готовят так: берут одну весо- вую единицу любой из названных трав и 2—3 весовых единицы укропа, смешива- ют, складывают в коробку. Вечером две столовые ложки этой смеси заливают двумя стаканами крутого кипятка. При- крыв полотенцем, настаивают до утра. Утром процеживают через сито. Пьют в три приема, по полстакана за полчаса до еды, слегка подогрев.

При наличии сопутствующего холеци- стита травы, о которых мы упоминали, можно комбинировать с желчегонными (цветы бессмертника, кукурузные рыль- ца), а при гастрите — с подорожником большим.

Если с помощью диеты и трав не удастся справиться с запорами, попро- буйте такую послабляющую пасту: по 250 граммов чернослива и инжира про- мыть холодной водой, вынуть из черно- слива косточки, все провернуть через мясорубку, добавить 250 граммов меда и 10—15 граммов измельченного в муку александрийского листа. Смесь тща- тельно перемешать, хранить в холо- дильнике и принимать по десертной ложке на $\frac{1}{2}$ стакана воды на ночь.

Частое применение очистительных клизм и слабительных средств вредно.

Хочу предостеречь больных, у кото- рых колит сопровождается поносами, от бесконтрольного самостоятельного при- ема антибиотиков: может измениться

кишечная флора. в ней станет меньше полезных бактерий: а это усугубит тече- ние болезни.

Для устранения поноса врач может рекомендовать подогретые маломине- рализованные воды. Эссенуки № 4 по $\frac{3}{4}$ стакана за 30 минут до еды (1 бутылка в день). При запорах — Эссен- туки № 17, Смирновская, Славяновская, Баталинская — по $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ стакана ком- натной температуры за 30 минут до еды (1 бутылка в день).

Регулярно лечите зубы, вовремя их протезируйте, этим вы поможете пище- варению. Откажитесь от курения. Со- держащийся в табаке никотин вызывает сужение (спазм) кровеносных сосудов, в том числе и сосудов кишок. А это вредно влияет на пищеварение.

Два раза в год, весной и осенью, даже в том случае, если нет обострения, в течение полутора-двух месяцев реко- мендуется соблюдать диету 4б в стро- гом варианте; есть нужно шесть раз в день, в одни и те же часы.

В это время обязательно придержи- вайтесь правильного режима: спите не менее 7—8 часов в сутки, 1—2 часа в день проводите на воздухе. Очень важ- на спокойная обстановка на работе и дома.

Где и как отдыхать страдающему колитом? Если нет обострения, можно поехать на питьевой курорт или в сана- торий по месту жительства.

Хронический колит излечим. И не- смотря на длительное, а иногда тяже- лое его течение, не следует поддавать- ся унынию. Постоянная тревога ухудша- ет самочувствие. Я бы посоветовала меньше анализировать свои ощущения, больше верить в выздоровление, не уходить в болезнь!

11 часов:	карпа, леща или щуки, 15 граммов растительного масла, $\frac{1}{4}$ рубленого яйца). 15 граммов сливочного масла. Стакан чая с сахаром и лимоном. Яйцо крутое. Стакан отвара шиповника.	19 часов:	Сухое печенье, три штуки. Курица отварная с солеными помидорами (120 граммов курицы, 150 граммов помидоров). Пудинг из творога с яблоками (100 граммов творога, 50 граммов яблок, $\frac{1}{4}$ яйца, 50 граммов молока, 10 граммов сахара, 5 граммов сметаны). Стакан чая с медом (30—50 граммов) или вареньем, или сахаром. Стакан свежей простокваши.
14 часов:	Ветчина без сала (50 граммов) или вымоченная сельдь (40 граммов). Щи из свежей капусты на мясном бульоне со сметаной (400 граммов бульона, 200 граммов свежей капусты, 20 граммов моркови, 15 граммов лука репчатого, лавровый лист, 10 граммов сметаны в готовое блюдо). Мясо отварное или курица с пюре из свеклы и моркови (100 граммов мяса, 200 граммов свеклы, 150 граммов моркови, 50 граммов молока, 5 граммов сливочного масла). Компот из чернослива (70 граммов чернослива). Яблоко. Стакан чая с лимоном.	21 час: На весь день:	300 граммов ржаного вчерашнего хлеба, 100 граммов пшеничного, 60 граммов сахара.
17 часов:	Яблоко. Стакан чая с лимоном.		ОТВАР ШИПОВНИКА: 100 граммов сухих плодов промыть, залить одним литром воды. Довести до кипения, кипятить 10 минут под крышкой в эмалированной кастрюле. Через 8 часов отцедить через сито или марлю.



Врач

разъясняет,
предостерегает,
рекомендует

ГЛАВНОЕ —

В. Н. ВЕРЦНЕР,
кандидат

медицинских наук

Еще в середине XVI века итальянские врачи Видус Видиус и Ингранус описали ветряную оспу. Но вокруг этой инфекции на протяжении многих лет велись споры, считать ли ее самостоятельным заболеванием или только более легкой разновидностью натуральной оспы.

Первым выделил ветрянку в самостоятельное заболевание в 80-х годах XVIII века Фогель и предложил назвать ее варицеллой (*vari-cella* в переводе с латинского — оспочка) в отличие от вариоллы — оспы натуральной. Но научно была доказана самостоятельность ветряной оспы лишь после того, как в 1796 году английский врач Эдуард Дженнер успешно сделал первую в истории прививку против натуральной оспы. Вскоре выяснилось, что противооспенные прививки не предохраняют от ветрянки, а у тех, кто переболел ветрянкой, не вырабатывается невосприимчивость к натуральной оспе. В то же время у ребенка, перенесшего ветрянку, остается к ней стойкий иммунитет.

Однако это не положило конца полемике, одной из самых горячих в медицине, — она продолжалась вплоть до начала XX века.

Четкую позицию в споре заняли русские медики — основоположники отечественной педиатрии С. Ф. Хотовицкий, Н. Ф. Филатов, Н. П. Гундобин и другие, утверждавшие, что ветряная оспа и натуральная — разные болезни.

Важнейший рубеж в изучении ветряной оспы был взят в 1911 году, когда удалось обнаружить возбудителя заболевания — вирус.

В содержимом кожной сыпи больных были найдены мелкие образования, названные тельцами Арагао по имени описавшего их ученого. Различия между вирусами, вызывающими ветряную и натуральную оспу, окончательно подтвердили, что это разные заболевания.



ЗАБОЛЕВАНИЕ у ребенка началось внезапно, как говорят врачи, без предвестников. Он хорошо себя чувствовал, бегал, играл. И вдруг вы заметили у него сыпь — маленькие красные пятнышки. Вначале, по всей вероятности, на туловище. А потом на руках и ногах, на лице и на волосистой части головы. Очень быстро, уже через несколько часов, эти пятнышки стали превращаться в пузырьки величиной с горошину, наполненные прозрачным содержимым и окаймленные узеньким красным ободком. Круглые и блестящие, они напоминали капельки воды, лежащие на коже. «Чешутся», — жаловался ребенок.

Измерили температуру — она оказалась повышенной.

Вызвали врача, и он поставил диагноз: ветряная оспа. Поскольку заболевание протекало легко (так бывает у большинства детей, особенно в возрасте от двух до шести лет), врач счел возможным не госпитализировать ребенка, а лечить дома. Но предупредил: основой лечения должен

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ УХОД

стать очень тщательный гигиенический уход на протяжении всей болезни, вплоть до тех пор, пока не отпадут корочки, образующиеся на месте подсохших пузырьков. Иначе может присоединиться гнойная инфекция, так как у ребенка, болеющего ветрянкой, резко снижается сопротивляемость организма.

Гноеродные микробы (стрептококки, стафилококки и другие) легко могут попасть на кожу больного ребенка — множество их находится в пыли, оседающей на мебели, игрушках, книгах и других окружающих нас предметах. И если не поддерживать самым тщательным образом чистоту тела ребенка, не следить за тем, чтобы он не расчесывал кожу, не менять ежедневно нательное и постельное белье, то эти микробы проникнут в расчесы и поврежденные ветряночные

пузырьки. Тогда на их месте образуются поверхностные гнойнички, или импетиго.

Иногда, к счастью, нечасто, возникает тяжелая форма импетиго—так называемая буллезная стрептодермия, при которой образуются большие, легко лопающиеся пузыри. Температура в этих случаях повышается, состояние ребенка становится тяжелым, и его, как правило, приходится госпитализировать.

Если не принять срочных мер, появляется опасность возникновения более тяжелых осложнений—таких, как флегмона (острое разлитое гнойное воспаление жировой клетчатки), рожистое воспаление, воспаление лимфатических узлов и даже общее заражение крови.

Тяжелые гнойные осложнения особенно часто развиваются у детей первых двух лет жизни и у ослабленных, много болевших детей, а также у тех, кто страдает гнойным отитом, у кого имеется гнойное воспаление ногтевого ложа.

В последние годы ветряная оспа заметно «повзрослела»: болеют и старшие школьники и даже, случается, студенты. У них заболевание нередко протекает с высокой температурой, сопровождается обильными высыпаниями на коже и слизистых оболочках и сильным зудом—более сильным, чем у маленьких детей. Самочувствие больного заметно ухудшается: порой возникают рвота и даже бред. В этом случае почаще давайте ему пить, только не холодную воду, а тепловатую, на голову положите пузырь со льдом. Как правило, такое состояние длится недолго. Уже на следующие сутки, а иногда и в тот же день оно улучшается.

Пока продолжается высыпание и хотя бы незначительно повышена температура, необходим постельный режим, если даже общее самочувствие хорошее.

Обычно высыпание длится 2—5 дней, изредка—11—13. По мере того как одни пузырьки созревают, появляются новые. В течение одного-двух дней пузырек из круглого превращается в овальный или приобретает неправильную круглую форму. Содержимое его становится сначала опаловым, а затем желтым, и, наконец, на месте пузырька образуется плотная буровато-коричневая или черная корочка. Вскоре она отпадает, не оставляя следов. Но если ее сорвать, останутся рябинки. Чтобы ребенок не расчесывал кожу и не повредил ветряночные пузырьки, случайно не сорвал корочки, коротко подстригите ему ногти, а совсем маленькому лучше надеть матерчатые рукавички.

Хочется обратить особое внимание на то, что сыпь может появиться не только на коже ребенка, но и на слизистых оболочках рта, глаз, половых органов. Эти пузырьки очень легко повреждаются и превращаются в маленькие язвочки. Поэтому требуется тщательный гигиенический уход. Если им пренебречь, как правило, развиваются осложнения. Врачи знают немало случаев, когда у детей возникало воспаление наружных половых органов (у девочек даже флегмона больших половых губ и промежности) только из-за того, что их долго не купали и не подмывали.

Почему-то широко распространен предрассудок, будто детей, болеющих ветряной оспой, нельзя умывать и купать. Совершенно неверно! Купать ребенка не только можно, но и должно. На протяжении всей болезни, даже при повышенной температуре, делайте ему теплые (36—37 градусов) ванночки, добавляя в воду марганцовокислый калий (раствор должен быть розового цвета). Эти ванны—не только гигиеническая процедура, они способствуют и заметному уменьшению зуда, успокаивают. Чтобы не повредить пузырьки и не сорвать корочки, не мойте ребенка ни губкой, ни даже рукой,

а после купания не вытирайте его, а осторожно обсушивайте, промокая мягкой простыней.

Если появилась сыпь на слизистых оболочках половых органов, общих ванн недостаточно. Помимо них, мальчикам надо каждый день делать местные ванночки, наливая слабый раствор марганцовокислого калия в 'рюмочку или стакан, а девочек—подмывать таким раствором и между большими половыми губами закладывать полоски стерильной марли, смоченные рыбьим жиром или вазелиновым маслом.

Умывайте ребенка, смачивая кусочек ваты в воде и осторожно прикладывая к лицу. А после этого слегка промокайте полотенцем. Руки мойте ребенку с мылом несколько раз в день, чтобы они всегда были чистыми.

Сразу после ванны и умывания смазывайте каждый пузырек и каждую корочку бриллиантовой зеленью (зеленкой) или крепким (фиолетовым) раствором марганцовокислого калия. Эта процедура тоже уменьшает зуд, а также ускоряет образование корочек.

Если поражена слизистая оболочка рта, его необходимо несколько раз в день полоскать слабым раствором пищевой соды (пол чайной ложки на стакан воды). Пища в этом случае должна быть жидкой или полужидкой, несоленой и теплой, а не горячей. Каждый раз после еды также надо полоскать рот. А если ребенок мал и еще не умеет этого делать, пусть запьет пищу водой или чуть теплым чаем.

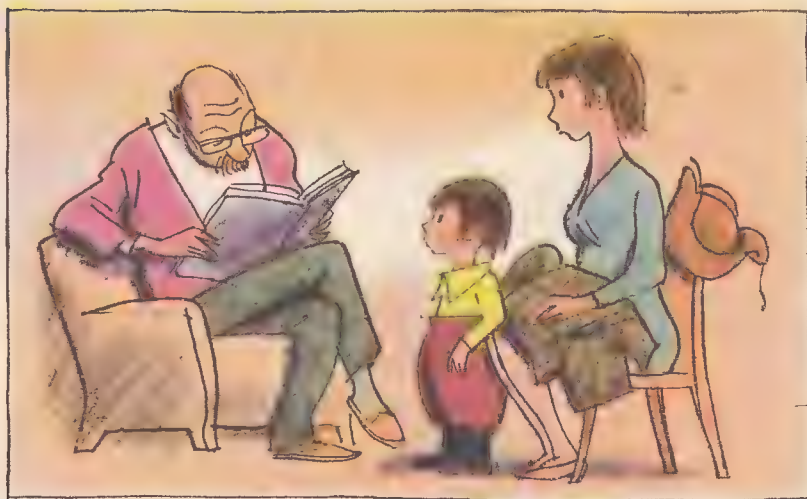
При поражении слизистой оболочки глаз рекомендуется промывать их от наружного угла к внутреннему ватными тампонами (для каждого глаза—отдельным), смоченными раствором борной кислоты (чайная ложка на стакан воды) или крепким чаем.

Когда четко выполняются все рекомендации врача, осложнения, как правило, не возникают и ребенок быстро выздоравливает. Но надо помнить, что он может быть допущен в детский коллектив не ранее чем через 5—6 дней после прекращения высыпания. До этого он источник заражения для детей, не болевших ветряной оспой. Эта вирусная инфекция очень легко передается воздушно-капельным путем. Достаточно мимолетной встречи с больным, чтобы произошло заражение. А в первые дни болезни возможна передача инфекции в пределах одного помещения даже по воздуху—без непосредственного общения с больным. Инкубационный период ветряной оспы длится 11—21 день, редко—до 23 дней.

В большинстве случаев ветряная оспа—сравнительно безобидное заболевание. В большинстве, но не всегда. Она может осложниться воспалением легких, почек, среднего уха. И от этих осложнений ребенка наиболее действенно предохраняют строгое соблюдение гигиенического режима и хороший уход. Два-три раза в день проветривайте комнату, где находится больной ребенок.

О, ЭТИ РОДИТЕЛЬСКИЕ ЗАБОТЫ

Рисунки Е. ЩЕГЛОВА



— Написано: нельзя перегреть, но переохладить тоже нельзя, а вместе с тем надо закалять. Вот и разберись, как одеть ребенка.



— Тебе не кажется, что мы его перекутали?



— Я считаю, лучше потеплее одеть, чем простудить!



— Ты посмотри: сколько я на тебя всего надела и опять все мокрое! Ты что—заболеть хочешь?





СВЕТ В ВАШЕМ ДОМЕ

З. А. СКОБАРЕВА,
кандидат медицинских наук

ОТ ЛУЧИНЫ ДО ЛЮМИНЕСЦЕНТНОЙ ЛАМПЫ

Лишь только наступают сумерки, в миллионах окон загорается свет, на улицах зажигаются фонари... Но прежде чем электричество вошло в наш дом, человечество в течение тысячелетий искало эффективные средства и способы искусственного освещения. Лучина, смоляные факелы, свечи, газовые фонари, керосиновая лампа — вот предшественники современных электрических плафонов и люстр. С давних времен люди стремились сделать источник света ярче и безопаснее. Так, в Древней Руси лучину помещали над кадучкой с водой, а то даже ставили в нее. Угли падали в воду, а пламя лучины, отражаясь от поверхности воды, давало больше света. До наших дней сохранились разнообразные формы светильников, созданные русскими умельцами. Светец — кованный из железа стержень с пазами или отверстиями для крепления нескольких лучин — можно назвать первым своеобразным торшером. В России до XVIII века в богатых домах в плоских горел фитиль, опущенный в жир или масло. Позже на смену плоским пришли свечи. Однако они были по душе не каждому из-за распространяемого ими специфического запаха. Чтобы освежить воздух и избежать опасности пожара, толстые круглые подсвечники, в которые вставлялись свечи, помещали в кадучку с мокрой рожью. В крестьянских избах лучина и жировая плоская — масленка прижились надолго: они служили беднякам даже тогда, когда в домах богачей зажглось электричество. Изобретение керосина произвело маленькую революцию в светотехнике. В конце прошлого века популярны подвесные керосиновые лампы-молнии казались ослепительно яркими. А излучали они примерно столько же света, сколько дает электрическая лампочка накаливания в 15—20 ватт. Керосиновая лампа обладала бесспорным достоинством: она давала возможность регулировать световой поток. Но сколько от нее было копоти и неприятного запаха! К тому же хранение в жилище керосина нередко приводило к пожарам. Когда в 1873 году в двух фонарях на улицах Петербурга загорелись электрические лампочки, толпа прохожих, онемев от восторга, любовалась необычайным «небесным огнем». Дешевизна, простота пользования, возможность регулировать световой поток и его мощность обеспечили триумф электрическому освещению. Казалось, электрическая лампочка с нитью накаливания безраздельно и навсегда стала царицей света. Но скоро у нее обнаружился конкурент — люминесцентная лампа. Кто победит — покажет будущее...

НА ВКЛАДКЕ

Какое разнообразие люстр, плафонов, торшеров, бра, настольных ламп, ночников! Эти оригинальные светильники выпускают московские, таллинские, таганрогские, тернопольские и другие предприятия нашей страны.

Фото Вл. КУЗЬМИНА

ВЫБОР светильников в магазинах большой. И многих теперь волнует проблема — что купить? Люстру, имитирующую старинную керосиновую лампу, или современный плафон? Не предпочесть ли привычной настольной лампе под зеленым абажуром хрустальное бра?

На электробритвы и электроутюги, пылесосы и холодильники имеются паспорта с подробными инструкциями. К светильникам, к сожалению, подобные паспорта с указанием их назначения не прилагаются. Вот и руководствуются иные покупатели только модой, забывая создать оптимальные условия для работы органа зрения.

Дома мы шьем или вяжем, чертим или мастерим. А сколько времени отдаем чтению, филателии и еще массе разнообразных дел, требующих напряженной работы зрения, а следовательно, и интенсивного освещения! К тому же домашние дела выполняются обычно после рабочего дня, когда человек устал и потребность в хорошем освещении увеличивается.

Отдых и интенсивная зрительная работа, естественно, требуют различного освещения, но всегда ли мы это учитываем? Часто, к примеру, новоселы, приобретя модный плафон, считают, что все вопросы освещения решены. Но ограничиваться одним потолочным светильником, каким бы он ни был мощным, нельзя. При этом остаются в тени пристеночные зоны комнаты, где обычно расположены «рабочие места» членов семьи.

Другая крайность — приобретать для общей комнаты лишь местные светильники. Если вы работаете за ярко освещенным столом, а все окру-

жающее тонет в полумраке, может развиваться не только так называемое скрытое ослепление, но и общее утомление.

Специалисты считают, что потолочный светильник необходим везде—в гостиной, кабинете, детской, кухне, подсобных помещениях. Для комнаты площадью в 15 квадратных метров (при высоте до 3 метров), оклеенной светлыми обоями и заставленной светлой мебелью, нужен светильник с тремя лампами по 60 ватт—не менее 12 ватт на квадратный метр площади. Если обои и мебель темных тонов, эта норма увеличивается до 15—18 ватт на квадратный метр.

А как достичь равномерного и достаточного освещения рабочих мест? В настольной лампе, в торшере или бра лампочка должна быть не менее 40—60 ватт—это для людей с нормальным зрением. Пожилым и тем, у кого зрение ослаблено, лучше приобрести лампы мощностью в 75—100 ватт.

Необходимо, чтобы абажур надежно защищал глаза от слепящей нити накаливания, а основание светильника не было блестящим, отражающим лучи света в глаза. Из этих соображений стекло на письменном столе лучше покрыть бумагой.

Во время чтения, письма, рисования, выпиливания, паяния источник света направляйте так, чтобы не мешала тень от руки или инструмента. Придерживайтесь основного правила гигиены: лампу ставьте слева и спереди от себя. Удобны лампы на гибкой ножке, позволяющие менять интенсивность и направление света. А лампы с прозрачными абажурами или с подвесками типа «каскад» для освещения рабочих мест не подходят.

Вообще приобретение модных ламп с подвесками, в том числе хрустальных люстр, даже для общего освещения не всегда можно одобрить. Такая люстра действительно создает «живое», праздничное освещение, но в комнате с невысокими потолками это ненужная и даже, можно сказать, вредная роскошь. Лампочки в люстре не экранированы, их яркость, усиленная игрой хрустальных подвесок, слепит глаза, мешает и работе и отдыху.

Если же размеры и планировка квартиры позволяют выделить гостиную, то в ней нарядная люстра уместна, но при этом обязательны и дру-

гие светильники—бра, торшер. Их можно использовать, когда вы отдыхаете и нет потребности в ярком освещении.

Очень удобны специальные приспособления—регуляторы света—переносные или объединенные с выключателями.

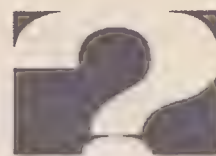
Стоит ли пользоваться люминесцентным освещением в домашних условиях? Это—дело вкуса. Не советуем лишь приобретать люминесцентные светильники с одной лампой, если вы много времени работаете дома. Свет в такой лампе пульсирует соответственно изменению напряжения электрического тока в сети, а это утомляет глаза. В люминесцентном светильнике, имеющем несколько ламп, такого явления не наблюдается. Поэтому лучше, например, купить светильник с двумя 20-ваттными лампами, чем с одной 40-ваттной.

Для создания общего дневного освещения советуем приобретать люминесцентные лампы теплых тонов—лучше всего марки ЛТБЦ (количество ламп определяют из расчета 10 ватт на квадратный метр). Лампами более холодных тонов—марка ЛЕ—можно оборудовать кухню, ванную комнату или прикрепить такой светильник в комнате над письменным столом.

Неблагоразумно и даже опасно (грозит электротравмой!) использовать люминесцентные трубки одновременно в качестве карниза для подвески оконных драпировок на толстых латунных кольцах.

Некоторых людей беспокоит, не вредно ли соседство обычных ламп накаливания с люминесцентными. С гигиенических позиций такое смешанное освещение, когда в качестве общего светильника используется люминесцентная лампа, а обычные лампы накаливания—в бра и торшерах, вполне допустимо.

И в заключение хотелось бы напомнить читателям: стремясь к тому, чтобы убранство квартиры соответствовало современным веяниям моды, не забывайте: освещение обязательно должно отвечать требованиям гигиены!



Отвечает
специалист

**Что такое
болезнь Верльгофа?**
Об этом спрашивает
читательница
А. В. Сатюкова
(Башкирская АССР).

Отвечает гематолог,
кандидат
медицинских наук
Л. С. ЦЕПА.

ПУРПУРА тромбоцитопеническая, или болезнь Верльгофа, может быть врожденной и приобретенной. Она характеризуется множественными кровоизлияниями в кожу и кровоточивостью слизистых оболочек. Это объясняется тем, что у страдающих этой болезнью снижается выработка тромбоцитов—красных пластинок, играющих важную роль в процессах свертывания крови. Кроме того, всегда оказывается повышенной и проницаемость стенок сосудов.

Болезнь Верльгофа чаще наблюдается у женщин (в 77 процентах случаев). Она проявляется в основном как самостоятельное заболевание. Может развиться и после какой-либо инфекции (грипп, ангина, корь, скарлатина), лекарственной интоксикации, быть результатом коллагенозов и заболеваний кроветворной системы.

Это заболевание имеет хроническое течение, продолжается многие годы с обострениями и периодами ремиссии—затихания.

Обострения могут быть спровоцированы каким-либо инфекционным заболеванием, пищевым отравлением или даже длительным нарушением питания.

В некоторых случаях при болезни Верльгофа, если медикаментозное лечение не дает должного эффекта, прибегают к оперативному вмешательству—удалению селезенки. Как показали исследования, у страдающих пурпурой тромбоцитопенической селезенка становится органом разрушения тромбоцитов. И после ее удаления обычно прекращаются кровоизлияния, нормализуется количество красных пластинок; больные выздоравливают.



В. П. ПРАЗНИКОВ,
кандидат медицинских наук

КПЯТИ-ШЕСТИ месяцам, когда ребенок начинает получать прикорм, со всей остротой встает вопрос: как кормить — из соски или ложки? Из соски, конечно, проще, с ней нет хлопот. И тем не менее в последнее время все чаще раздаются голоса, осуждающие этот традиционный способ кормления.

Действительно, против использования соски можно выдвинуть весьма серьезные доводы. Приучить к ней малыша легко, а отучить — трудно. Кормление через соску обуславливает консистенцию пищи, а значит, ее состав. Вот нередко и получается, что ребенок, которому давно пора есть творог, овощные пюре, протертое мясо, все еще питается молочными смесями да жидкими кашами. Урон для здоровья, конечно, существенный.

С другой стороны, решительные молодые мамы, с самого начала отвергнувшие соску, знают, как трудно бывает подчас накормить грудного ребенка с ложки, особенно если он болен, устал, раскапризничался.

Так чему же все-таки отдать предпочтение — соске или ложке? Ответ, оказывается, не так прост и отнюдь не однозначен.

Если взглянуть на проблему (а это действительно проблема!) глазами физиолога, придется вернуться к самым ее истокам — к сущности сосательного рефлекса. Этот рефлекс формируется у ребенка еще в период внутриутробного развития. Оно и понятно: питание — главная гарантия жизни, и с первых минут существования надо уметь добывать себе пищу из материнской груди. Вероятно, именно в силу жизненной необходимости сосания этот рефлекс становится доминантным, обладая способностью тормозить другие реакции.

У ребенка, несомненно, есть некая потребность сосать, которая не исчерпывается насыщением. Уже вполне сытый, он продолжает чмокать губами, сосет как бы «вхолостую», автоматически, постепенно расслабляясь и засыпая.

Несколько упрощая, можно сказать, что экономная природа, запрограммировав сосательный рефлекс, дала ему, кроме основного, еще одно, добавочное назначение: Сосательные движения тормозят двигательную активность, гасят отрицательные эмоции, становятся своего рода физиологическим снотворным.

Опыт давно уже подсказал, что эту особенность можно использовать. Так родилась соска-пустышка — та самая пустышка, против которой существует много возражений, которую одно время упорно изгоняли и которая все-таки оказалась очень живучей.

Так нужна пустышка или не нужна? Стоит или не стоит накладывать на нее строгий запрет? Расскажем об одном научном исследовании, которое поможет ответить на этот вопрос.

У новорожденных детей одновременно записывали деятельность сердца, биотоки мозга, двигательную активность глаз, мышц, частоту дыхания. Что показали эти полиграммы?

...Малыш только что отнят от груди. Он плачет, беспорядочно двигает ручками и ножками, и даже личико его все время в движении — он морщит лоб, хмурит брови, кривит губы, высовывает язычок, точно ищет материнский сосок. Наконец он устает и начинает засыпать. Однако самописцы приборов все еще вычерчивают непрерывные, хаотические зигзаги, регистрируя частое, неритмичное дыхание, частое сердцебиение, движения мышц.

Но вот ребенку дали пустышку. Он мгновенно начинает сосать. Полиграмма теперь выглядит несколько иначе: почти улеглись бурные волны мышечных движений, спокойнее становится сердцебиение, ритмичнее дыхание.

Малыш заснул, но сон еще поверхностный, неглубокий. Стоит забрать пустышку — и снова кривится личико, двигаются ручки и ножки, а самописцы приборов чертят мелкие, быстрые зигзаги.

Исследователь пробует другой вариант: оставить пустышку до тех пор, пока не наступит глубокий сон. Теперь лишение пустышки не отражается на показателях полиграммы.

Результаты этих исследований показывают, когда целесообразно давать пустышку ребенку.

Здоровый, энергичный ребенок, высосав положенную порцию, начинает пассивно делать сосательные движения и через несколько минут крепко засыпает. Зачем ему пустышка? Природный «успешный» механизм сработал безотказно, и остается только осторожно уложить ребенка в кроватку.

Но все дети разные. Другой тоже сыт, но быстро расслабиться, успокоиться не может: вскидывает ручки, плачет, морщится. Взрослый, пожалуй, сказал бы о таком состоянии: «Очень хочется спать, а уснуть не удается». Вот такому малышу поможет пустышка. Сосательные движения затормозят двигательную активность, мышцы расслабятся, наступит глубокий сон. Пустышка выпадет изо рта. И хорошо: она больше не нужна.

Но если сон стал прерывистым задолго до следующего кормления, можно снова воспользоваться пустышкой.

Когда малыш просыпается перед самым кормлением, его беспокойство естественно — подвигаться,

размяться ему необходимо. Поэтому на время пеленания, туалета, подготовки к кормлению давать пустышку, тормозить активность ребенка ни к чему.

Чем старше ребенок, тем больше промежутки активного бодрствования. Уже на втором месяце он не засыпает сразу после кормления, а, одетый в ползунки и кофточку, оживленно двигает ручками и ножками.

В этот момент он не откажется и от пустышки, но давать ее не следует: мы уже знаем, что пустышка тормозит движения, а они малышу необходимы.

Долго оставаться деятельным ребенок первых месяцев жизни еще не в состоянии: поулыбается, повеселится и вот уже снова готов заплакать. Значит, надо дать ему отдых—отвлечь погремушкой, изменить положение, может быть, взять ненадолго на руки или—тоже ненадолго—дать пустышку; через 3—5 минут вы безболезненно возьмете ее у малыша, и он снова радостно задвигается.

Теперь о кормлении. Имейте в виду: когда малыша кормят из соски, надетой на бутылочку, прекращается какая-либо другая его деятельность. Окружающие предметы уже не привлекают его внимания, он не реагирует на звучание музыки, на зажженный или погасший свет, короче, отключается. Во втором полугодии жизни это отключение выражено в меньшей степени, но оно тоже происходит.

Иное дело, если ребенка кормят с ложки. И хотя движения, которые он производит языком и губами, близки по характеру тому, что происходит и при сосании, однако это уже не сосание. У ребенка не тормозятся двигательные реакции, его внимание к окружающему сохранено. А это один из важных факторов психического развития, совершенствования центральной нервной системы.

Итак, ложка? Да, именно ложка—основной «столовый прибор» ребенка на втором полугодии жизни.

Но для последнего вечернего кормления можно сделать исключение, если малыш к этому времени устал, раскапризничался, стал пласивым, беспокойным. Кормление такого ребенка из бутылочки с соской вдвойне оправдано—малыш съедает свою порцию, а сосательные движения успокаивают его, глубокий сон наступает быстрее. Качество питания тоже не страдает, ибо на вечернее кормление детям до года, как правило, рекомендуются молочные смеси, кефир, молоко.

Что касается пустышки, то исследования, о которых мы рассказали, не должны быть поняты как ее абсолютная реабилитация. Безусловно, остаются в силе предупреждения врачей о том, что при нарушении гигиенических правил с пустышкой в рот ребенка могут попасть болезнетворные микробы. Ясно также, что многие дети великолепно могут обходиться без этого «снотворного». А тем детям, которым пустышка помогает быстрее успокаиваться и лучше засыпать, давать ее надо именно с этой целью, а не всякий раз, когда они плачут.

Не превращайте пустышку в нерадивую няньку, которая только и стремится закрыть рот ребенку, чтобы он не плакал. Помните: если малыш постоянно сосет пустышку, его внимание отключается от внешних впечатлений, а это задерживает умственное развитие.

ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ МИНДАЛИН

В. Т. ПАЛЬЧУН,
профессор

УДАЛЯЮТ небные миндалины обычно в тех случаях, когда консервативное лечение не дает эффекта. У некоторых больных необходимость такой операции обусловлена тем, что миндалины становятся очагом инфекции, опасной для организма; у других—одновременно с хроническим тонзиллитом обнаруживают ревматизм или другое хроническое заболевание, течение которого осложняется воспалительным процессом в миндалинах.

Нередко у больных и их родственников возникает вопрос: как же будет жить человек без миндалин? Некоторые опасаются, что после операции появятся нарывы в горле, голос станет сиплым, а в углублении, где находились миндалины, будут скапливаться остатки пищи. Эти опасения неосновательны. Нарывы в горле как раз и бывают у больных хроническим тонзиллитом, а удаление миндалин, как правило, исключает их повторение.

Углубление на месте удаленных миндалин настолько незначительное, что пища здесь не задерживается. Миндалины ни функционально, ни анатомически не связаны с голосовыми складками, поэтому после тонзиллэктомии голос не изменяется. Ну, а что ответить тем, кто сомневается, сможет ли орга-

низм человека нормально функционировать без миндалин?

Дело в том, что лимфоидная ткань, из которой состоят небные миндалины, представлена в организме не только ими. В области глотки, например, кроме небных, имеются еще четыре большие миндалины (носоглоточная, язычная, две трубные) и множество более мелких, разбросанных в виде гранул—скоплений лимфоидной ткани. Плюс к тому и по ходу желудочно-кишечного тракта насчитывается более двухсот таких скоплений. Таким образом, удаление небных миндалин мало отражается на функциональных возможностях лимфоидной ткани организма. Она продолжает выполнять барьерную функцию, задерживать и подавлять жизнедеятельность микроорганизмов. Нельзя забывать и о том, что при тонзиллэктомии удаляется не здоровая миндалина, а утратившая свою защитную функцию и превратившаяся в опасный очаг гнойной инфекции.

Наблюдения над тысячами больных свидетельствуют, что после удаления миндалин люди чувствуют себя значительно лучше. Существенно облегчается и лечение сопутствующих заболеваний—ревматизма, хронического воспаления легких, заболеваний желудка, кишечника.

Первые 5 дней после тонзиллэктомии необходим постельный режим. В ближайшие часы после операции лежать рекомендуется на боку и дышать через рот. При таком положении слюна с отделяемым из раны свободно стекает с угла рта на подложенное полотенце, а воздух, проходя через рот, способствует подсыханию ранки, уменьшению отделяемого. Слюну глотать не следует, так как это может вызвать рвоту. На шею у угла нижней челюсти кладут завернутый в полотенце пузырь со льдом. Его держат 2—3 минуты на одной стороне, а через 5—7 минут столько же времени на другой. Общая продолжительность охлаждения—час. В дальнейшем холод не нужен. В первый день после операции не рекомендуется есть и пить. Не следует разговаривать.

На второй день можно съесть протертую пищу (мясо, провернутое через мясорубку,—тефтели, паровые котлеты, кнели с картофельным пюре), молоко, творог комнатной температуры. Разговаривать уже можно и даже нужно, но немного. Это помогает правильному формированию послеоперационного рубца.

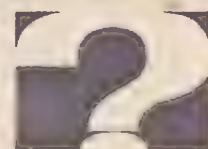
С третьего дня надо полоскать рот, а с шестого—горло слабым (чуть розовым) раствором марганцовокислого калия или раствором фурацилина (он продается в аптеке) в течение недели.

После операций беспокоит боль в горле при глотании, иногда она отдает в уши. Эти ощущения со временем исчезают. Для их устранения врачи назначают иногда обезболивающие препараты—анальгин, амидопирин (в порошках). В течение нескольких дней после тонзиллэктомии может повышаться температура, пусть это вас не пугает, если общее состояние остается удовлетворительным.

Дома постепенно расширяют режим. Но примерно в течение одной недели после выписки из больницы не следует выходить на улицу, принимать горячие ванны или душ; допустимы лишь обмывания теплой водой. При этом соблюдайте осторожность—остерегайтесь охлаждения. Пища рекомендуется все еще протертая, мягкая, теплая. От острых блюд и закусок в течение двух недель после операции надо отказаться. В течение того же периода не следует чистить зубы, особенно пастой, поскольку она содержит иногда раздражающие дезинфицирующие вещества.

К десятому дню после удаления миндалин многие чувствуют себя вполне удовлетворительно, даже если продолжает беспокоить незначительная боль при глотании. Но организм тем не менее все еще ослаблен не только перенесенной операцией, но и вынужденным снижением мышечной активности. Поэтому обычная с точки зрения здорового человека физическая нагрузка, например, быстрый подъем по лестнице без остановок на третий этаж, в первые две недели после тонзиллэктомии окажется уже перегрузкой, и в некоторых случаях опасной. Связанное с этим повышение артериального давления может вызвать разрыв не окрепшего еще кровеносного сосуда в послеоперационной ране. А это чревато серьезными последствиями: приходится вызывать «Скорую» и вновь возвращаться в больницу. Обусловить кровотечение могут также горячая ванна, горячая пища.

Начав работать, в течение 5—6 дней следует воздерживаться от чрезмерных нагрузок, стараться постепенно войти в обычный ритм жизни!



Отвечает
специалист

Что значит ребенок родился «в сорочке»?

Об этом спрашивает
С. Шарипова (Ташкент).

Отвечает гинеколог,
профессор
Т. В. ЧЕРВАКОВА.

СУЩЕСТВУЕТ старое русское поверье, что если ребенок родится «в сорочке», значит, в жизни он будет удачливым, счастливым. Что же с медицинской точки зрения вкладывается в понятие родиться «в сорочке»?

С момента зачатия плод находится в так называемом плодном пузыре, наполненном околоплодной жидкостью. Этот пузырь надежно защищает плод от механических, химических, бактериальных и других воздействий. Благодаря наличию жидкости в пузыре развивающийся зародыш может менять положение, двигаться; она же обеспечивает его связь с организмом матери.

Когда роды протекают нормально, пузырь своевременно вскрывается, и околоплодные воды изливаются наружу. Рождается ребенок, а затем отделяются оболочки плодного пузыря и детское место—плацента.

В исключительно редких случаях разрыв плодного пузыря происходит с запозданием. Ребенок рождается, окруженный оболочками,—«в сорочке».

Это—серьезное осложнение, жизни ребенка грозит большая опасность. Ведь свои первые дыхательные движения он делает в плодном пузыре, наполненном жидкостью. Ребенок может задохнуться и погибнуть.

Вероятно, именно эта опасность, которой подвергался родившийся «в сорочке» ребенок, и легла в основу приметы о его будущей удачливости. Он будет счастлив потому, что остался жив, он выжил, потому что он крепок и здоров!

Проснувшись утром, не спешите сразу убирать постель. Пошире раздвиньте занавеси и, если погода позволяет, откройте окно. В зимние холода можно ограничиться открытой форточкой, а еще лучше—устроить сквозное проветривание спальни.

Оставьте кровать раскрытой на 20—30 минут. И не застилайте ее тяжелым покрывалом: постель должна «дышать» и днем. Если же вы убираете постельное белье в ящик, старайтесь, чтобы оно лежало свободно, не скатывайте его. Ящик для хранения постельного белья обязательно должен иметь отверстия для воздуха; его не следует плотно придвигать к стене.



Шторы на окне позволяют легко регулировать количество света по утрам или днем, если спальней пользуются для отдыха. Но когда в ней никто не спит, шторы надо максимально раздвигать: свету не должно быть преграды. Очень хорошо, если в спальню проникают прямые солнечные лучи—это мощный гигиенический фактор!

Перед сном надо как следует проветрить спальную комнату. Когда в ней свежий воздух, и сон наступает быстрее и отдых полноценнее. А еще лучше, если все члены семьи приучены спать зимой при открытой форточке, летом—при открытом окне. Если окно открыто в соседней, даже распо-

ложенной напротив комнате, свежий воздух будет поступать в недостаточном количестве.

Регулярно, хотя бы раз в месяц, проветривайте подушки, одеяла, матрас на балконе или во дворе.

З. А. СКОБАРЕВА,
кандидат
медицинских наук

Финики

Плоды финиковой пальмы вкусны и питательны (100 граммов содержат более 300 килокалорий), однако их можно есть не всем.

Так как в финиках много сахаров (около 70 процентов), они не рекомендуются больным сахарным диабетом и склонным к ожирению. Не следует их есть и страдающим язвенной болезнью, гастритом с повышенной кислотностью: грубая клетчатка, содержащаяся в плодах в большом количестве, раздражает слизистую оболочку пищеварительного тракта. А вот при запорах финики рекомендуются.

Полезны эти плоды при подагре и мочекаменной болезни, так как в них нет пуриновых оснований. Конечный продукт распада пуринов—мочевая

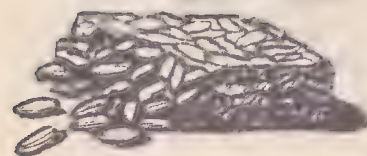
кислота, увеличение содержания которой неблагоприятно для организма больного.

Богаты финики минеральными солями, особенно калием и железом. А поскольку калий, как известно, играет большую роль в регуляции водно-солевого обмена и сердечной деятельности, финики следует включать в свой рацион тем, у кого имеются заболевания сердца и сосудов, конечно, если нет заболеваний желудка и кишечника. Железо, содержащееся в финиках, способствует обогащению крови кислородом, активизирует клеточное дыхание.

В некоторых странах, а также на территории Советского Союза культивируется финик унаби (ююба). В пло-

дах унаби содержится большое количество аскорбиновой кислоты: в 100 граммах свежих унаби, выращенных в Узбекистане, от 380 до 1100 миллиграммов. Много витамина С и в плодах унаби, культивируемых в Грузии,—более 540 миллиграммов в 100 граммах.

В. И. ПЛАТОНЕНКО,
врач



Здоровье СОВЕТУЕТ

Пользуйтесь автомассажером

Такой прибор вибрационного действия типа ВМП снабжен специальными насадками: мягкими—для щадящего поверхностного массажа лица, шеи, груди, твердыми—для более энергичного и глубокого массажа рук, ног, живота, спины. А насадка в виде небольшого шарика предназначена для круговых мышц глаз, рта.

Вибрационный массаж—эффективное средство укрепления организма, профилактики преждевременных морщин. Его можно делать утром перед гигиенической гимнастикой или лечебной физкультурой.

Врачи рекомендуют такой массаж и страдающим шейно-грудным и пояснично-крестцовым радикулитом, ар-

тритами, бронхиальной астмой, хронической неспецифической пневмонией. Помогает самомассаж и улучшению деятельности желудка и кишечника.

Но есть и противопоказания: больным с выраженным атеросклерозом, гипертонической болезнью II и III стадии, стенокардией с частыми приступами, тромбозом делать массаж не разрешается.

Продолжительность массажа отдельных частей тела—от 3 до 6 минут, а всей процедуры—не более 15—20 минут. При массаже руки или ноги движения прибора надо направлять снизу вверх, спины—от пояса вниз и вверх, ягодиц и живота—по часовой стрелке. Массаж подмышеч-

ных и паховых областей, молочных желез, передней поверхности локтевого и задней поверхности коленного суставов делать нельзя: там близко под кожей расположены кровеносные сосуды.

Н. А. БЕЛАЯ,
профессор



ТРАВМЫ ГОЛОВЫ



УМЕЙТЕ ОКАЗАТЬ ПОМОЩЬ!

ПРИ АВТОМОБИЛЬНЫХ авариях или наездах у пострадавших нередко ранения мягких тканей головы осколками стекол или вследствие сильного удара о кузов автомобиля, покрытие дороги.

Кровеносные сосуды мягких тканей головы располагаются в плотных ячейках соединительной ткани, поэтому поврежденные артериальные веточки не спадаются, зияют, что может привести к значительному кровотечению, большой потере крови. Сосудистая сеть подкожной клетчатки соединена артериальными и венозными веточками с сосудистой сетью мозга и его оболочек. Инфекция, которая всегда попадает в рану, может проникнуть внутрь черепа и инфицировать мозг, его оболочки. Развиваются энцефалит или менингит—заболевания, протекающие, как правило, очень тяжело.

Вот почему надо сразу же вызвать «Скорую», а до ее приезда извлечь из аптечки йодную настойку или раствор бриллиантовой зелени и смазать кожу вокруг раны. Затем рану закрыть стерильной марлевой салфеткой или двумя-тремя слоями стерильного бинта. Ту сторону салфетки или бинта, которую кладут непосредственно на рану, трогать руками нельзя. На марлю надо положить ком ваты и плотно прибинтовать, чтобы остановить кровотечение.

Если же поврежден относительно крупный артериальный ствол (например, височная артерия) и кровь продолжает струиться, вокруг головы (ниже раны) надо наложить жгут и принять все меры, чтобы срочно доставить пострадавшего в лечебное учреждение. Дело в том, что держать жгут более получаса нельзя, ведь в мягкие ткани головы, расположенные выше жгута, не поступает кровь, и может наступить некроз (омертвение) тканей.

Если в ране торчат куски кости, металла или иные инородные тела, трогать и удалять их категорически запрещается. Это чревато тяжелыми последствиями, так как может начаться обильное кровотечение. В таких случаях рекомендуется повязка с применением валика, свернутого наподобие бублика. Для этого вату раскатывают «колбаской», обертывают ее марлей или бинтом. Рану прикрывают стерильной салфеткой (в два-три слоя), накладывая валик на неповрежденную кожу,

закрывают сверху марлей с тонким слоем ваты и забинтовывают.

Сотрясение мозга бывает обусловлено не только ударом головой о твердый предмет. При резком торможении на большой скорости тело человека (чаще пассажира, для которого экстренное торможение бывает неожиданным) по инерции подается вперед. Даже если он уберет голову от удара, все равно произойдет перемещение мозговой жидкости—ликвора; пострадавший может потерять сознание.

Сотрясение мозга характеризуется утратой сознания длительностью от



нескольких минут до нескольких часов, тошнотой, рвотой. У человека, находящегося в бессознательном состоянии, рвотные массы изо рта и носоглотки могут попасть в трахею, бронхи и закупорить их. И тогда пострадавший погибнет от асфиксии—удушья. Рвотные частицы порой проникают и в легкие, вызывают ателектаз (спадение) крупных участков легочной ткани. Попавшая с этими частицами инфекция способствует развитию тяжелейших пневмоний, нередко с распадом легочной ткани и образованием в ней гнойных полостей.

Пострадавшего надо уложить на бок или, если он лежит на спине, повернуть набок его голову. Тогда рвотные массы будут вытекать наружу. До приезда врача следует очищать полость рта пальцем, обернутым марлей или носо-

вым платком. Человека с черепно-мозговой травмой нельзя сажать, а тем более пытаться поставить на ноги, это может резко ухудшить его состояние.

Особенно тяжелое состояние—потеря сознания, двигательное возбуждение, судороги, иногда параличи рук и ног—бывает при переломах и трещинах черепа, ушибах или размозжении мозга. Из рта, носа, ушей пострадавшего течет кровь или бесцветная, как вода, жидкость—ликвор. Почти всегда нарушается и дыхание. Из-за ослабления тонуса мышц полости рта и глотки рвотные массы, слюна, кровь затекают в дыхательное горло, его может закрыть и запавший язык.

Чтобы открыть доступ воздуха в легкие, надо выдвинуть нижнюю челюсть пострадавшего вперед, надавив на ее углы у шеи, и удерживать в таком положении. А затем, обернув свои пальцы марлей или носовым платком, открыть его рот и вытащить язык. Полость рта тщательно очистить куском чистой марли или бинта.

Расстройство дыхания может быть и центрального происхождения, когда свободны воздухопроводящие пути, но поврежден дыхательный центр мозга. Дыхание при этом становится очень частым или, наоборот, очень редким, меняется его ритм и глубина, вплоть до полной остановки. Нельзя терять ни минуты: надо сразу же начать искусственное дыхание (см. «Здоровье» № 1 за 1975 год).

Кровотечение из ушей обычно обильным не бывает. Поэтому не следует закладывать слуховой проход пострадавшего ватой или бинтом—могут развиться тяжелые осложнения. Промокайте кровь, прикладывая к ушной раковине кусок бинта или ваты. Для остановки кровотечения из носа в носздрю на глубину 1,5—2 сантиметра вводят узкие ватные тампоны.

Помните: человек, получивший черепно-мозговую травму, даже легкую, должен быть обязательно госпитализирован. Если невозможно вызвать «Скорую», пострадавшего транспортируют в ближайшее лечебное учреждение в положении лежа на боку, не прекращая на протяжении всего пути оказывать ему необходимую помощь.

В. В. ЛЕБЕДЕВ,
профессор



КАК ПРИГОТОВИТЬ ДИЕТИЧЕСКИЕ БЛЮДА

ПРОТЕРТЫЕ ВТОРЫЕ БЛЮДА

Р. И. ЧАНЫШЕВА,
кандидат медицинских наук

А. Н. СЫЧЕВА,
кандидат медицинских наук

ВТОРЫЕ МЯСНЫЕ И РЫБНЫЕ ПРОТЕРТЫЕ БЛЮДА готовят либо из сырого фарша, либо из пропущенного через мясорубку отварного мяса или рыбы. Из сырого фарша делают котлеты, биточки, шницели, тефтели, зразы, рулеты. Их готовят на пару, запекают или жарят, но лучше без панировки, — способ термической обработки рекомендует врач. Из отварного мяса или рыбы можно приготовить суфле.

Для приготовления протертой каши крупу надо заблаговременно перебрать, промыть, подсушить в духовом шкафу и смолоть в кофейной мельнице. Тогда не придется сваренную кашу протирать через сито и ее приготовление займет меньше времени. Крупу засыпать в кипящую воду постепенно, небольшой струей, тщательно размешивая, чтобы не было комочков. Влить кипящее молоко, добавить соль, варить несколько минут — до загустения. Поставить на водяную баню, варить под закрытой крышкой до готовности. Из протертых каш готовят пудинги, запеканки, биточки и другие блюда.

ПРОТЕРТЫЕ БЛЮДА ИЗ ОВОЩЕЙ широко используются в диетическом питании. Их готовят в виде пюре, суфле, запеканок, биточков.

Соль во все протертые блюда добавляют в ограниченном количестве.

СУФЛЕ ИЗ ОТВАРНОГО МЯСА

Мясо сварить, охладить, пропустить через мясорубку 4 раза, добавить белый соус, приготовленный из муки и молока, хорошо вымешать. Яичные белки отделить от желтков. Желтки положить в мясное пюре, посолить, вымешать. Белки взбить в густую пену и медленно вмешать в пюре. Подготовленную массу выложить в смазанную маслом формочку, поставить на решетку паровой кастрюли, в которую налита вода с таким расчетом, чтобы уровень ее был на 1—2 сантиметра ниже поверхности решетки. Кастрюлю плотно закрыть крышкой и поставить на плиту. Вместо паровой кастрюли можно использовать обычную, вставив в нее сито вверх дном или решетку для паровых блюд. При подаче на стол суфле полить растопленным сливочным маслом.

На порцию: 90 граммов сырого мяса без костей, $\frac{1}{2}$ яйца, 50 граммов молока, 10 граммов сливочного масла, 5 граммов муки.

РУЛЕТ МЯСНОЙ, ФАРШИРОВАННЫЙ ОМЛЕТОМ

Приготовить фарш из сырого мяса, выложить тонким слоем на смоченную водой марлю и на середину положить охлажденный омлет, приготовленный на пару из молока и яйца. Приподняв марлю за края, соединить их так, чтобы закрыть начинку. Потом снять с марли и сварить рулет на пару или в воде.

На порцию: 50 граммов мяса, 20 граммов белого хлеба, 15 граммов молока, $\frac{1}{2}$ яйца, 5 граммов сливочного масла.

ПУДИНГ ИЗ ГРЕЧНЕВОЙ КРУПЫ С ТВОРОГОМ

Приготовить гречневую молочную протертую кашу, как сказано выше, и охладить ее. Творог протереть через сито, добавить сахар, молоко, масло. Яйцо разбить, желток отделить от белка и добавить в творожную массу. Соединить ее с гречневой кашей, тщательно вымешать, осторожно добавить взбитый белок. Подготовленную массу выложить в смазанную маслом формочку, залить сметаной, запечь в духовом шкафу.

На порцию: 50 граммов гречневой крупы, 50 граммов творога, 10 граммов сахара, $\frac{1}{2}$ яйца, 150 граммов молока, 10 граммов сливочного масла, 10 граммов сметаны.

БИТОЧКИ МОРКОВНО-ЯБЛОЧНЫЕ

Морковь натереть на терке, добавить 25 граммов молока, варить до готовности; не снимая с плиты, засыпать манную крупу, хорошо вымешать и поддержать на огне 10 минут. Яблоки очистить от кожуры и сердцевин, мелко нашинковать, смешать с охлажденной морковью, добавить сахар, яйцо, соль. Полученную массу вымешать, разделять из нее биточки, обваливать в муке, залить белым соусом, приготовленным из 25 граммов молока и 3 граммов муки, и запечь в духовом шкафу. Перед тем как подать на стол, полить растопленным сливочным маслом.

На порцию: 150 граммов моркови, 60 граммов яблок, 50 граммов молока, $\frac{1}{2}$ яйца, 15 граммов манной крупы, 10 граммов сахара, 10 граммов сливочного масла, 5 граммов муки.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ГИМНАСТИКА ДЛЯ ШВЕЙ



Рабочая поза швеи с несколько наклоненным вперед туловищем создает неблагоприятные условия для дыхания, способствует застою крови в области малого таза, в ногах, ухудшению осанки.

Предложенный комплекс помогает быстрее снять утомление, развивающееся в процессе работы, активизировать кровообращение и дыхание, содержит специальные упражнения для улучшения осанки.

Упражнения следует выполнять через 2—2,5 часа после начала смены и в середине второй ее половины. Не забудьте проветрить помещение перед занятием!

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ

1. И. п.: о. с. 1—2—руки назад и вверх, поднять голову, посмотреть на руки, вдох. 3—4—руки к плечам, руки расслабленно опустить вниз, вернуться в и. п., выдох. 6—8 раз.

2. И. п.: о. с., ноги на ширине плеч. 1—2—правую руку на пояс, левую в сторону, поворот налево, посмотреть на левую руку, вдох. 3—4—вернуться в и. п., выдох. То же в другую сторону. 6—8 раз.

3. И. п.: о. с. 1—шаг правой ногой в сторону, руки сцепить в замок за спиной. 2—пружинящий наклон вперед, рывок руками назад. 3—наклон вперед, руки расслабленно опустить вниз. 4—вернуться в и. п. Дыхание произвольное. 6—8 раз.

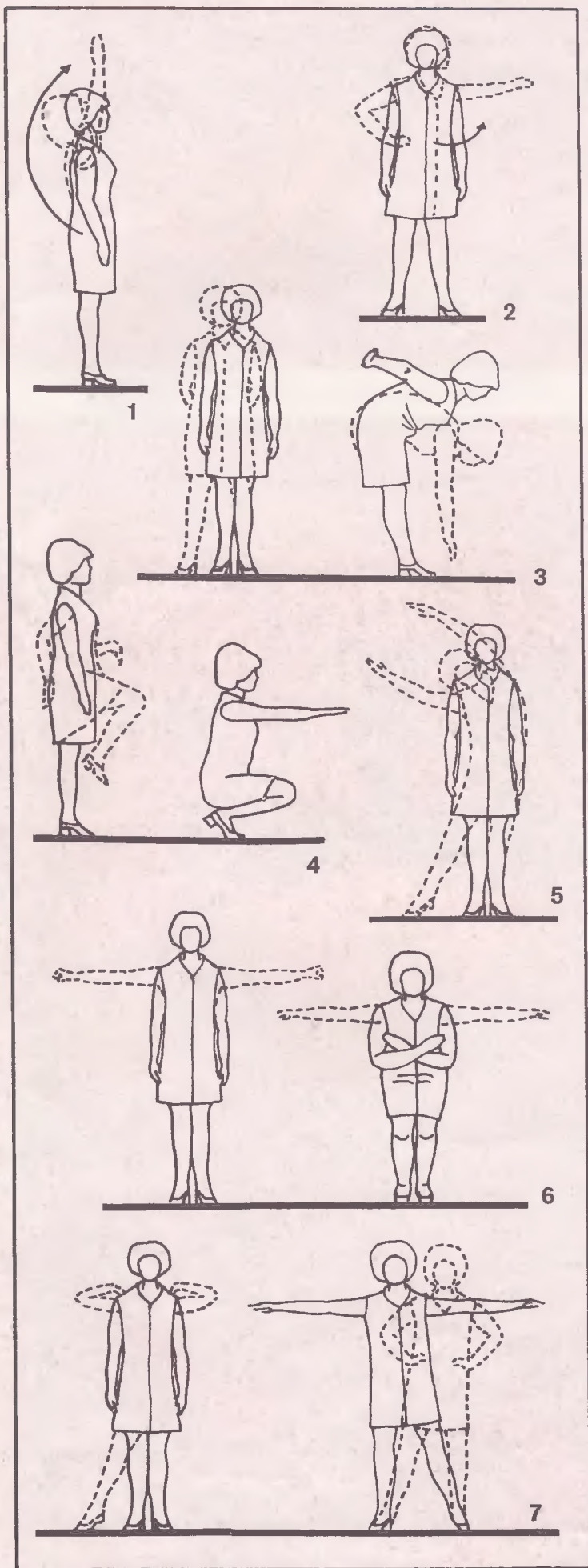
4. И. п.: о. с. 1—3—три шага на месте, высоко поднимая ноги. 4—приставить ногу. 5—6—присесть, руки вперед. 7—8—вернуться в и. п. Приседая—выдох, выпрямляясь—вдох. Во время ходьбы дыхание произвольное. 6—8 раз.

5. И. п.: о. с. 1—2—правую ногу в сторону на носок, руки через стороны вверх, наклониться вправо. 3—4—вернуться в и. п. То же в другую сторону. Дыхание произвольное. 8—10 раз.

6. И. п.: о. с. 1—руки в стороны, пальцы в кулак. 2—полуприседая, свободный мах руками вниз, скрестить их перед грудью, выпрямиться. 3—полуприседая, свободный мах руками в стороны, выпрямиться. 4—вернуться в и. п. Дыхание произвольное. 8—10 раз.

7. И. п.: о. с. 1—правую ногу в сторону на носок, руки к плечам. 2—перенести тяжесть тела на правую ногу, руки в стороны. 3—перенести тяжесть тела на левую ногу, руки на пояс. 4—вернуться в и. п. Дыхание произвольное. 10—12 раз.

Л. Н. НИФОНТОВА,
мастер спорта,
кандидат
педагогических
наук



Цена 25 коп. Индекс 70328